

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1904

N°

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le lundi 18 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Georges MARTIN

DES

PSYCHOPATHIES

CONSÉCUTIVES

AUX BRULURES

Etude étiologique et médico-légale

Président : M. LANDOUZY, Professeur.

Juges : MM. {
BLANCHARD, Agrégé.
TEISSIER, Agrégé.
BROCA André, Agrégé.

... Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1. RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36. rue Serpente)

1904

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

Doyen Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....
Clinique médicale.....
Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique chirurgicale.....
Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE
MM.
POIRIER.
CH. RICHET.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
RECLUS.
POUCHET.
GI. BERT.
N...
BROUARD DEL.
DEJERINE.
CHANTEMISSE.
LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
FERRIER.
BERGER.
LE DENTU.
TILLAUX.
DE LAPERSONN.
GUYON.
PINART.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques.
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DEGREZ.	LAUNOIS.	RICHARD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY

Professeur de la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

M. LE DOCTEUR HUCHARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON

M. LE PROFESSEUR GUYON

M. LE DOCTEUR QUEYRAT

M. LE DOCTEUR BARBIER

M. LE DOCTEUR DE BEURMANN

M. LE DOCTEUR CHAMPETIER DE RIBES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUPRÉ

A MON CHER MAITRE

M. ERNEST DUPRÉ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Qui nous a honoré maintes fois d'une bienveillance dont nous lui exprimons toute notre gratitude. Nous conserverons toujours de l'année que nous avons passée dans son service un souvenir qui nous est cher.

INTRODUCTION

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail met souvent le praticien en face de situations difficiles. Car si parmi les problèmes qui peuvent se présenter à lui, il en est dont la solution éclairée par l'étude de nombreux cas antérieurs s'affirme rigoureuse et pour ainsi dire mathématique ; il en est d'autres, au contraire, abandonnés dans l'ombre jusqu'ici qui laissent son jugement incertain et sans appui.

C'est ainsi que sur le conseil de notre maître, M. le docteur Dupré, nous avons été amené à étudier les maladies mentales survenant à la suite de brûlures.

Dans ces cas en effet, la question se pose tout d'abord de savoir si l'on peut établir une relation causale entre la brûlure initiale et la psychopathie consécutive, et s'il ne faut point voir là une simple succession de faits ne présentant entre eux aucun lien de causalité. Une fois ce lien établi, on devra se demander s'il faut considérer la brûlure comme la cause initiale et suffisante des troubles mentaux consécutifs, ou bien s'il faut voir seulement en elle une cause seconde accessoire inca-

pable de troubler l'équilibre mental d'un sujet sain et n'ayant d'action décisive que chez un névropathe dont le cerveau déjà taré est en équilibre instable.

On conçoit l'importance de ces problèmes au point de vue médico-légal. En effet, suivant que l'on s'arrêtera à l'une de ces trois hypothèses la responsabilité du patron envers l'ouvrier brûlé dans le travail et présentant des troubles psychiques ultérieurs variera dans des proportions considérables.

La responsabilité sera nulle si l'on admet que la brûlure est incapable de déterminer le trouble mental. Elle sera complète, au contraire, si l'on peut établir que la brûlure en est bien la cause unique suffisante et décisive. Enfin elle sera mitigée, si l'on démontre qu'à côté de la brûlure ont agi de façon efficace d'autres causes secondes qui devront alors revendiquer également une part de responsabilité dans la genèse des accidents psychiques.

C'est seulement, en effet, par cette détermination exacte du rôle de la brûlure que nous pourrons résoudre les différents problèmes médico-légaux qui se peuvent poser, soit au point de vue des accidents du travail, soit au point de vue des affaires d'assurances, soit au point de vue de l'internement des malades.

De ce que nous venons de dire, ressort immédiatement l'importance majeure de l'étude étiologique. C'est seulement, en effet, en s'appuyant sur elle que nous pourrons asseoir sur une base solide notre étude médico-légale.

Aussi, dans la première partie de ce travail, ferons-

nous cette étude aussi complète que possible ; et c'est en nous appuyant sur les conclusions qu'elle nous aura fourni que nous déterminerons ensuite les règles que doit observer le médecin-expert pour résoudre en toute équité les problèmes médico-légaux qui peuvent se présenter à lui.

HISTORIQUE

Si l'on parcourt la littérature médicale, afin de se rendre compte de l'opinion que professent les différents auteurs sur le rôle joué par les brûlures dans l'étiologie de la folie et du délire, on constate que presque tous ont négligé d'en parler. A vrai dire, beaucoup mentionnent l'influence des plaies, des inflammations du cuir chevelu, des émotions violentes ; éléments que nous retrouverons comme expliquant en partie l'action des brûlures. Beaucoup notent également l'influence de l'insolation ; mais bien que celle-ci puisse donner lieu à des brûlures superficielles, il s'agit alors d'un processus un peu différent. Ces faits mis à part, c'est à peine si l'on trouve çà et là une brève mention du délire, de l'affaiblissement intellectuel, de la démence qui peuvent suivre les brûlures. Nous allons, dans une revue rapide, exposer les vues qu'aux différentes époques les auteurs ont émis à ce sujet :

Hippocrate met en première ligne comme cause de la folie les blessures de la tête : « Nullum capiti vulnus leviter contemni debet. »

Pour *Arétée de Cappadoce* (1), les principales causes des psychopathies sont : les blessures, les coups, les froids, les fortes impressions morales, les frayeurs, les terreurs, les excès vénériens, l'abus du vin, quelquefois une grande joie inopinée.

Pour *Galien* (2), le délire peut suivre une brûlure à la tête. Des coups à cette même partie peuvent amener le carus ou assoupissement. Tout violent travail morbide dans le voisinage du cerveau peut amener du trouble dans l'exercice de la pensée. Si une inflammation se développe dans cet organe, il y a constamment lésion de la pensée.

Cœlius Aurelianus (3) dit que les causes les plus fréquentes de la manie sont les blessures de tête, l'ivresse répétée, la crainte, la colère, le chagrin, la superstition, l'amour.

Au moyen âge. — Pendant quatorze siècles, la psychiatrie resta dans les ténèbres. Les fous ne sont plus considérés comme des malades, mais comme des possédés. Cette erreur n'est pas, comme on pourrait le croire, limitée à la foule, les princes de la science la partagent.

C'est ainsi que *Ambroise Paré* (4) lui-même dit : « Les démons se forment tout subit en ce qu'il leur plaist : ils hurlent la nuit et font bruit comme s'ils estoient enchainez. »

(1) *Arétée de Cappadoce, De nervorum revolutione.*

(2) *Galien. Livre III.*

(3) *Cœlius Aurelianus. Celerum sine acutorum passionum, liber I.*

(4) *Ambroise Paré. Liv. I. p. 175.*

Il faut arriver jusqu'en 1641 à *Félix Plater* (1), pour voir enfin écrire que dans la manie c'est le cerveau qui est malade ; il note surtout l'influence des plaies de tête.

Sauvage indique le délire spécial qui saisit les gens de mer et est provoqué par le soleil sous la région tropicale. Il appelle ce délire « la calenture ». D'après lui les malades aperçoivent sur la surface des flots des ombres, des figures d'arbres, des feuilles qui les portent à se précipiter à la mer.

Cullen (2) dit que l'exposition aux rayons directs d'un soleil très chaud compte parmi les causes les plus fréquentes de la frénésie.

Si nous en arrivons maintenant aux auteurs du xix^e siècle, nous voyons *Pinel* (3) dans son *Traité analytique de la folie*, accuser les plaies de la tête. *Cox* (4) cite la chaleur et les causes morales comme les émotions fortes.

Spurzheim accuse l'ardeur du soleil. *Bayle* l'insolation qui produirait l'inflammation aigüe de l'arachnoïde. *Esquirol*, *Foville*, *Ellis* (5), *Calmeil*, *Neville* (6) accusent également l'insolation. *Broussais* (7) note l'influence des plaies de tête, de l'inflammation du cuir

(1) *Plater. Observationes in hominis affectibus plerisque corpori et animi functis, 1641.*

(2) *Cullen. Éléments de médecine pratique, 1785.*

(3) *Pinel. Traité analytique de la folie, 1807.*

(4) *Cox. Practical observations on insanity London, 1813.*

(5) *Ellis. A treatise on the nature of insanity London 1838, p. 52.*

(6) *Neville. On insanity its nature, causes and cures London, 1836.*

(7) *Broussais. De l'irritation et de la folie. Paris, 1839.*

chevelu. Pour lui, cette inflammation pouvait facilement se transmettre jusqu'au cerveau.

On le voit donc, ainsi que nous le faisons tout à l'heure observer, les auteurs ont étudié la part que : les plaies, l'insolation, le shock moral pouvaient revendiquer dans la production de la démence. Mais, nulle part, on ne trouve dans la littérature médicale de rapprochement fait entre la brûlure considérée comme cause et le délire ou la folie consécutive.

Lorsque, dans des observations de psycho-pathologie il est parlé de brûlure, ce n'est que de façon incidente et accessoire, sans renseignements sur le retentissement qu'elles ont pu avoir sur l'état mental du sujet. De même dans les observations de brûlures prises à d'autres points de vues il n'est jamais fait mention de la mentalité du malade.

Les rares observations que nous avons pu trouver datent de ces dernières années. L'une de *Bourneville et Tissier* (1) a paru dans le numéro du *Progrès médical* du 25 janvier 1896. L'autre prise dans le service de M. le docteur Régis, de Bordeaux, par *Paul-Etienne Laurenti* a fait de la part de ce dernier l'objet d'une thèse soutenue en 1898, thèse dans laquelle il démontre l'origine autotoxique des troubles mentaux succédant à la brûlure et à laquelle nous avons emprunté certains éléments de cette étude.

(1) Bourneville et Tissier : Arriération intellectuelle, délire mystique consécutif à une brûlure. *Progrès médical* du 25 janvier 1896.

(2) Paul-Etienne Laurent : Sur un cas de délire chez un brûlé. *Thèse de Bordeaux*, 1898.

Devant cette pénurie d'observations on pourrait croire qu'il s'agit là de faits survenant très rarement et dans des conditions tout à fait exceptionnelles. Cependant des accès de démence, suite de brûlures, sont assez fréquemment cités après les grands incendies. Il suffit pour s'en convaincre, de lire dans les périodiques les comptes rendus de catastrophes telles que celles de l'incendie de l'Opéra-Comique ou du Bazar de la Charité. Il est vrai que, dans ces cas, il faut tenir compte : de l'émotion violente, du *shock nerveux* intense déterminé par la vue des scènes dramatiques auxquelles ont assisté les victimes de ces catastrophes.

Ce qui, à notre sens, a surtout fait négliger cette étude jusqu'ici. C'est que les malades atteints de brûlures sont exclusivement soignés dans les services de chirurgie. Dans ces services où les aliénistes n'entrent que bien rarement, il n'est point d'usage d'étudier l'état mental du sujet. Une fois guéri de ses brûlures ; s'il présente des troubles psychiques permanents, on l'enverra dans un service spécial où l'on examinera son état mental, mais on manquera souvent la notion de l'antériorité de la brûlure. Si pendant le traitement chirurgical de ses lésions le patient vient à présenter du délire aigu et à se rendre impossible en troublant le repos des autres malades, on se contentera le plus souvent de l'isoler jusqu'à cicatrisation de ses plaies et cessation des phénomènes.

Nous allons maintenant exposer les différentes observations que nous avons pu recueillir et sur la discussion desquelles nous allons baser cette étude.

OBSERVATION I

(In thèse de Laurenti, Bordeaux, 1898.

Délire toxique.)

Notre malade est un homme de 33 ans, exerçant la profession de journalier, il est marié, père de deux enfants, l'un de 3 ans, l'autre nouveau-né, l'étude de ces antécédents ne nous a rien révélé d'intéressant.

Antécédents héréditaires. — Son père bien portant dans sa jeunesse, est mort de la variole à l'âge de 27 ans, il n'avait pas d'habitudes alcooliques ; il n'a jamais présenté de troubles nerveux quelconques ; on ne trouve aucune tare vésanique dans sa famille.

Sa mère, vivante encore, est bien portante, elle non plus n'a jamais eu de troubles nerveux d'aucune sorte ses antécédents héréditaires sont aussi muets à ce sujet.

Antécédents personnels. — De son côté notre malade a toujours joui d'une excellente santé bien qu'il fût plutôt maigre. Sa jeunesse s'est fort bien passée. Il n'a pas présenté de crises convulsives dans son enfance. La seule maladie infectieuse dont il ait été atteint est la rougeole à l'âge de 4 ans ; il n'a pas eu de fièvre typhoïde. Il a fait son service militaire à l'âge de 21 ans. il n'a jamais eu de maladies vénériennes d'aucune sorte, ni blennorrhagie. ni syphilis. En outre, c'est un homme très sobre, bien attentif à son travail, très attaché à sa famille. Il n'a jamais fait d'excès de boisson. Ses réponses, confirmées

par celles de sa femme sont très affirmatives à ce sujet et de plus nous avons noté chez lui l'absence complète de toute trace d'alcoolisme chronique ; pas de tremblements des mains, pas de rêves habituels à caractère spécial, sommeil très calme, aucun trouble gastrique, pas de pituite matinale, etc...

Histoire de la maladie. — Notre malade se trouvait ces temps derniers employé dans une fonderie de Bordeaux. Le 18 mars 1898, il transportait sur un chariot de la fonte en fusion, lorsqu'un accident fit verser le chariot ; le métal éclaboussa le malheureux de la nuque aux talons, faisant, dit-il « comme la traînée d'une fusée de feu d'artifice ».

Le malade qui d'ailleurs n'avait pas perdu connaissance, fut aussitôt transporté à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le professeur Demons. Là on constata sur toute la partie postérieure du corps, des brûlures de gravité diverse. On y voyait les 4 degrés : les plus profondes étaient situées aux lombes, à la jambe gauche et aux pieds. Des pansements furent faits soigneusement à l'aide de l'acide picrique d'abord, puis à la poudre de Lucas Championnière.

Pendant les premiers jours, le malade ne présenta rien d'anormal ; son état général était excellent. Il supportait assez bien ses vives douleurs qui lui arrachaient seulement de temps en temps des cris de souffrance lorsqu'il remuait un peu dans le lit. Ses fonctions digestives s'accomplissaient normalement, l'appétit seul était un peu diminué. Nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur les caractères des urines. Ce que nous avons pu savoir seulement, c'est qu'elles étaient peu abondantes. Il nous faut noter en outre un peu de fièvre irrégulière vespérale qui ne dura pas longtemps.

Au bout de quelques jours, la chute des eschares eut lieu, laissant place à une suppuration peu abondante du reste et qui persista seulement en certains points.

Les choses en étaient là, lorsque, le 28 avril, le malade dût être transporté dans une salle d'isolement et c'est là que nous le vîmes. Ce transport avait été nécessité par le désordre qu'il

causait dans la salle, surtout la nuit. Voici ce qui s'était passé :

Le jour même de l'accident, nous l'avons vu, le malade n'avait pas perdu connaissance. Il avait conservé tout son bon sens, même pendant les quatre ou six premiers jours, alors que la fièvre était assez forte. Il n'avait présenté aucun délire, aucun trouble mental. La nuit, son sommeil était assez calme, interrompu seulement par des geignements assez fréquents. Vers le sixième jour son attitude commença à changer ; nous n'avons pas vu le malade à cette époque, mais les récits de la sœur et de ses voisins de lit concordant très bien entre eux, nous avons pu nettement reconstruire l'histoire.

Le sixième jour, dans la journée, le malade avait présenté un certain état d'hébétude. Il était comme un dément, comme un enfant : on lui faisait faire ce que l'on voulait. Il agissait machinalement, sans comprendre, ne songeant qu'à boire et à manger. Il était incapable d'uriner tout seul, de faire ses besoins. Cependant le malade ne délirait pas encore, ce n'est que le soir, vers huit heures et demie, qu'il entra dans son délire.

Paraissant absolument insensible, il se mit à défaire ses pansements, laissant à découvert ses plaies qui ne le faisaient plus souffrir ; il alla même jusqu'à se mettre tout nu. De sa bouche sortaient toujours les mêmes phrases ; il parlait de sa femme, de ses enfants ; il se mettait en discussion avec sa belle-mère. Un autre ordre d'idées se montrait aussi dans ses discours : c'était le souvenir de sa vie d'atelier. Il se revoyait à son travail ; mêlant le geste à la parole, il avait l'air de pousser son charriot ; il causait à haute voix, semblait être avec ses camarades. Un de ses voisins l'interpellait-il, sa réponse paraissait adressée à un de ses compagnons de travail. En outre, le malade, tout nu, parcourait la salle, *mêlant la réalité à son rêve*. Comme le somnambule, il allait évitant les lits, les obstacles qui se trouvaient sur son passage. Quand il voulait se recoucher, il ne retrouvait plus son lit. Quelquefois, il faisait ses besoins par terre, à côté de son lit ou au bas de l'autel. Bref, il

était dans un état de démençe complète et, pendant plusieurs nuits, ce fut dans la salle le même remue-ménage.

Dans son délire, le malade ne paraissait pas voir des animaux, des objets terrifiants, si l'on en croit les récits de ses voisins.

Le premier jour, le délire dura jusque vers quatre heures du matin, heure à laquelle, épuisé de fatigue, il s'endormit. Les jours suivants, le malade était un peu moins agité; mais il fallait toujours qu'il se levât; il ne pouvait rester au lit ni garder ses pansements qu'il arrachait. En outre, s'il n'avait pas l'air de faire des rêves terribles, il était très sensible à l'effroi. C'est ainsi qu'une nuit, un malade s'étant levé pour aller aux cabinets, et ayant mis sa capote sur la tête, il fut effrayé et se mit à courir sans souci de ses plaies.

Pendant la journée, le délire persistait encore, mais moins violent. Ce qu'on remarquait surtout, c'était un état d'hébétude, de torpeur intellectuelle très marquée.

Sur les plaintes de toute la salle, le malade fut isolé. Pendant quelques jours, les mêmes symptômes durèrent encore. Le malade ne savait absolument pas ce qu'il faisait; il allait, nous dit son infirmier, jusqu'à boire son urine. C'est vers cette époque que nous eûmes l'occasion de le voir.

20 mai 1898. — A cette date, le calme commençait à revenir dans l'esprit de notre malade. Ce qui nous frappa dès l'entrée de la salle, ce fut l'étrangeté du regard; il avait l'air hébété, tout désorienté. Il ne paraissait pas trop se rendre compte de sa situation. Du reste, il est un fait que nous devons noter et souligner, c'est qu'il ne lui restait aucun souvenir de son délire.

Il présentait, en outre, un affaiblissement très net de la mémoire. Interrogé sur la date de son entrée à l'hôpital, il ne nous la donna pas exacte. Le souvenir de ce qui s'était passé le jour de l'accident était pourtant très net: il s'en rappelait tous les détails. Il demandait à tout instant à son infirmier quel jour il était, l'oubliant sitôt qu'on le lui avait dit. Bref, le

malade était tout désorienté. Il avait, en outre, dans sa physiologie, une sorte de mélancolie vague, diffuse ; il pleurait facilement pour un rien.

Le délire avait à peu près disparu après quelques jours d'isolement ; la nuit, cependant, le sommeil était lent à venir, entrecoupé ; le malade se plaignait vivement à nous de cette insomnie. Il rêvait encore quelquefois tout haut de son travail.

Nous avons examiné l'état des diverses fonctions. L'appétit était excellent, les selles normales, pas de constipation, pas de troubles digestifs. Rien non plus d'anormal du côté des appareils respiratoire et circulatoire ; pouls normal, etc... La recherche de la sensibilité ne nous a révélé aucun trouble. L'état général est en somme bon. A noter cependant un amaigrissement assez marqué.

Quant à ses brûlures, elles sont en bonne voie de guérison, celles de la nuque et du dos sont à peu près cicatrisées ; celles des jambes et des lombes sont très bourgeonnantes mais ne suppurent plus. Les urines sont épaisses, à dépôt abondant, leur quantité est de 1 litre 500. L'examen pratiqué par M. le professeur Denigès ne décèle rien d'intéressant.

29 mai 1898. — A cette date, l'état général est excellent, le malade commence à reprendre des forces. Son appétit est toujours très vif, il a fort bonne mine. Il persiste encore un peu d'insomnie. Néanmoins le malade ne rêve plus, il n'a plus de délire. L'état d'hébétude, de vague intellectuel noté plus haut s'est dissipé. Le pouls et la respiration sont excellents. Il prend chaque jour une portion fortifiante avec quinquina et liqueur de Fowler. Quant à l'état des brûlures, il s'est de plus en plus amélioré.

Nous avons suivi notre malade jusqu'à la veille des vacances. Rien d'anormal ne s'est plus passé chez lui. Il est revenu entièrement à son état d'esprit habituel, sa mémoire est aussi bonne qu'autrefois ; une seule chose lui manque, c'est le souvenir de tout ce qui s'est passé durant son délire. Il y a là comme une lacune dans sa vie.

Bref, la guérison peut aujourd'hui être considérée comme complète. Quand nous l'avons revu pour la dernière fois, c'était dans les coulisses de l'hôpital, où redescendu dans la salle commune il s'essayait à marcher.

OBSERVATION II

In thèse de Meyssan. Bordeaux 1899.

Obtusion mentale avec délire professionnel.

Marie G..., âgée de 52 ans, marchande ambulante. Entre à l'asile Picon, le 8 octobre 1898. Rien à signaler dans ses antécédents. Régée à 15 ans. Ménopause à 35 ans, à eu deux enfants.

Une dizaine de jours avant son entrée à l'asile en trempant la soupe elle a renversé la marmite dont le contenu lui a échaudé les deux jambes. Elle voulut sortir quand même le lendemain pour vendre ses légumes. Mais ses pieds étaient engourdis et en voulant descendre de sa charrette elle s'est fracturé une cuisse. Transportée à l'hôpital St-André, elle fut admise dans la salle de M. le professeur Lannelongue et confiée aux soins de M. le docteur Villar.

A ce moment, elle a présenté un trouble mental qu'elle ne peut expliquer. Elle rêvassait, était agitée, criait. Sur ces entrefaites on la transfère à l'asile Picon où le lendemain on constate les symptômes suivants :

La fracture est en voie de consolidation. La première nuit qu'elle passe à l'asile est mauvaise. Elle a été agitée, a parlé seule, elle a même poussé quelques cris de frayeur croyant voir des individus au-dessus de son lit.

Au moment de la visite, la malade est calme, elle répond

d'une façon assez lucide aux questions qu'on lui pose. Dans l'intervalle des questions elle paraît être dans son rêve et avoir des hallucinations de la vue.

A la visite du 10 octobre, si on lui parle, elle semble sortir d'un rêve, son langage est saccadé et empâté. Le délire est bruyant et presque continu. Elle croit donner à manger à son âne, gronde sa fille et son mari de leur paresse, crie ses légumes et les offre aux clients.

Le 14 octobre, son état n'a pas changé, les hallucinations de la vue persistent, on la laisse voir par sa fille qu'elle ne reconnaît pas. Les paroles qu'elle prononce ont trait aux occupations habituelles de son ménage. Elle a pourtant des moments de lucidité pendant lesquels elle réclame des soins, elle a également conscience d'avoir éprouvé un trouble mental.

En somme, elle présente un certain degré de dépression intellectuelle avec obtusion mentale et délire professionnel.

Le 16 octobre une pneumonie gauche se déclare, qui entraîne une issue fatale, le 20. L'autopsie n'est pas faite.

OBSERVATION III (inédite).

(Due à l'obligeance du docteur Caruette).

Hystéro-neurasthénie consécutive à une brûlure.

Jean O..., âgé de 29 ans, de nationalité belge, marinier, est venu à notre consultation en mars 1904, pour névralgies dentaires persistantes. En examinant le malade, à cette occasion, nous constatons chez lui une vaste cicatrice de la partie supérieure de la face. En interrogeant tant le malade que sa femme qui l'accompagnait, voici ce que nous avons appris.

Le 5 mai 1902, Jean O..., allumait une lampe à alcool pour faire chauffer son repas. quand, brusquement, celle-ci fit explo-

sion projetant le liquide enflammé sur ses vêtements et sur les objets environnants. Un commencement d'incendie se déclara, que le malade put éteindre seul, mais non sans s'être brûlé fortement les mains et les avant-bras. Il portait également une brûlure étendue au niveau de la partie droite du front. Il ne peut dire si ces brûlures ont été occasionnées directement par l'alcool ou si elles ont été causées par les objets enflammés qu'il a ensuite obligé d'éteindre.

Le malade a été soigné dans un hôpital d'Anvers. D'après ses souvenirs, les brûlures paraissent avoir été du 2^e et du 3^e degré. Il se rappelle, en effet, avoir vu des cloches au niveau de ses lésions. Il ne se souvient plus très bien du traitement qu'on lui a fait subir ; tout ce qu'il y a de certain, c'est qu'au début, on lui a fait des panséments gras.

Les brûlures étaient très douloureuses, surtout la brûlure du front qui gênait énormément le malade et l'empêchait de dormir. Au bout de peu de temps, les plaies se mirent à supurer. Cette suppuration dura très longtemps, et la cicatrisation complète n'eut lieu qu'au bout de quatre mois au moins.

À moment de l'accident, le malade aurait ressenti une très grande frayeur.

Immédiatement après il aurait été pris de crise de nerfs dont nous n'avons pu préciser la nature, et de tremblement généralisé qui aurait duré quelques jours. Sa femme, qui a été le voir pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital, le trouvait un peu affaibli et désorienté. Il se préoccupait peu de ses affaires. Pendant les premières nuits, il aurait eu aussi de violents cauchemars dans lesquels il revivait la scène de l'incendie ; mais pendant le jour il n'a jamais présenté de délire d'aucune sorte.

Il reconnaissait parfaitement les personnes qui venaient le voir.

Les phénomènes d'affaissement que nous avons noté, n'auraient du reste duré que peu de temps et lorsque le malade est sorti de l'hôpital, une fois ses plaies guéries, son état mental ne

présentait rien de particulier. Cependant à partir de ce moment, il aurait eu des accès de migraine violente durant quelquefois un ou deux jours. Enfin jamais ses forces ne sont revenues complètement ; il est toujours resté faible et amaigri.

Peu de temps après sa sortie de l'hôpital, six mois environ après l'accident, sa femme constata que le malade changeait visiblement de caractère. Lui, qui jusque-là avait eu un caractère égal et plutôt enjoué ; il devenait sombre, mélancolique, facilement irritable. A cette époque il aurait même eu quelques vagues idées de suicide. Il lui arrivait aussi d'oublier très facilement alors que jusque-là il avait joui d'une bonne mémoire. En même temps l'appétit aurait encore diminué, et il en serait résulté un amaigrissement assez considérable et de la perte de forces.

Depuis cette époque, les troubles n'ont pas régressé ; ils auraient au contraire eu plus de tendance à augmenter légèrement. Le malade ne peut pas se livrer à un travail régulier, il est tout de suite fatigué et éprouve le besoin de se reposer. Il ne s'occupe plus de son commerce comme auparavant.

Lorsqu'on l'examine actuellement, voici ce que l'on constate :

Au niveau des mains et de la partie dorsale des avant-bras ; traces de vastes cicatrices, la peau est blanche et lisse. Au niveau de la partie droite du front, vaste cicatrice blanche occupant toute la hauteur du front sans empiéter toutefois sur le cuir chevelu, ayant détruit le tiers externe du sourcil et se prolongeant jusqu'au niveau de l'oreille.

Troubles de la sensibilité. — Il paraît y avoir une hyposthésie marquée de tout le corps. Il faut pincer très fort le malade pour qu'il réagisse. On trouve cependant une plaque d'hyperesthésie peu marquée au niveau du creux épigastrique occupant à peu près la largeur de la main. Il semble également qu'il y ait un léger retard à la sensation. On note aussi de l'anesthésie pharyngée très marquée. Pas de sensation de boule hystérique.

Les réflexes rotuliens sont très exagérés des deux côtés, de même les réflexes olécrâniens. Pas de réflexe crémasterien, pas de trépidação épileptoïde.

Troubles moteurs. — La démarche ne présente rien d'anormal. Pas de tremblement, sauf un tremblement émotif assez accentué des doigts. Le malade dit avoir perdu sa force et ne pouvoir marcher longtemps. Il serre en effet avec très peu de force la main qu'on lui présente, et il ne faut pas un très grand effort pour écarter la jambe fléchie activement sur la cuisse. Cette faiblesse ne prédomine pas sur un des côtés et paraît généralisée.

Organes des sens. — Bourdonnements d'oreilles persistants, seraient surtout sensibles le soir. Du côté des yeux, on note un léger rétrécissement du champ de l'œil droit en haut et à droite.

Troubles psychiques. — Le malade est plutôt mélancolique, il ne rit jamais, ne s'amuse jamais, recherche volontiers la solitude.

L'intelligence paraît intacte. La volonté semblerait diminuée, le sujet s'occupe beaucoup moins de ses affaires. La sensibilité serait plutôt augmentée. Le malade se frappe facilement. C'est ainsi qu'il avoue un de ses sujets de grande préoccupation. Depuis environ un an, il est atteint de faiblesse génitale : il lui est très rarement possible d'accomplir le coït, les érections sont très rares et durent peu de temps. Il attribue cet état à des excès de masturbation qu'il aurait fait dans sa jeunesse et s'en frappe beaucoup.

Une fois sur ce terrain, il est d'un luxe de détail considérable. Avant son accident le sujet était normalement puissant ; il a eu une petite fille.

Examen somatique. — Amaigrissement général. Musculature peu forte. Pas de tuberculose pulmonaire notable. Rien du côté des viscères.

Antécédents héréditaires. — D'après le dire de sa femme, le malade aurait eu un oncle enfermé dans un asile d'aliénés ; lui ne reconnaît par le fait.

Son père, existant, est bien portant, mais très alcoolique (bière et alcool) se met très facilement dans des colères violentes. Il est alors brutal et aurait déjà eu maille à partir avec la justice pour s'être battu.*

Uu côté de la mère, qui est également bien portante, rien. Le malade a une sœur actuellement mariée et bien portante et deux frères tous deux mariés et bien portants.

Antécédents personnels. — Lui-même est le plus jeune de sa famille. Venu à terme il n'a jamais été malade, sauf des convulsions qu'il aurait eu à l'âge de 2 ans. Nous n'avons pu éclaircir la nature de ces convulsions.

Depuis, le malade a toujours été bien portant jusqu'à son accident. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes : ni blennorrhagie, ni syphilis. Il aurait fait des excès de boisson passagers vers l'âge de 18 à 20 ans, mais n'aurait jamais recommencé depuis. Il s'est marié à 25 ans. Depuis cette époque sa femme affirme qu'il ne s'est jamais enivré. On ne trouve du reste chez lui aucun signe d'alcoolisme chronique.

Il a une petite fille âgée actuellement de trois ans et qui a toujours été bien portante.

OBSERVATION IV

(Par Bourneville et Tissier. *In Progrès Médical*
du 25 janvier 1896)

Arriération intellectuelle consécutive à une brûlure de la tête.
— *Instabilité mentale.* — *délire mystique.* — *Fière typhoïde avec rechute ; mort.*

Henneq..., Georges, né à Paris le 20 mai 1878, est entré dans le service le 5 juin 1894 à l'âge de 16 ans.

Antécédents. — (*Renseignements fournis par sa mère*). — *Père*, employé de commerce au moment où il a quitté sa femme ; il aurait actuellement 51 ans. Les renseignements sur son enfance sont incomplets ; il ne semble avoir eu aucune maladie grave avant son union, et n'en a aucun souvenir. Son caractère était vif et emporté, enclin à des colères violentes pendant lesquelles, toutefois, il ne se livrait à aucun acte de brutalité. Il ne fumait pas à l'excès, ne se mettait pas en état d'ivresse, et ne semble pas avoir présenté de symptôme d'alcoolisme chronique. — Après dix ans de vie commune, à l'âge de 35 ans, il s'est séparé de sa femme à l'amiable pour incompatibilité d'humeur. (*Famille du père*. Le père de cet homme était bien portant au moment de l'abandon de la mère de l'enfant ; il n'était pas alcoolique, n'avait pas de crises nerveuses, mais était d'un caractère très violent. — La mère n'a présenté dans la vie aucune particularité digne d'être notée ; les renseignements sur son caractère manquent. — *Le grand-père maternel* est mort d'un cancer, ainsi qu'une tante. Dans le reste de la famille paternelle, on ne relève l'existence d'aucune maladie nerveuse ni d'aucune difformité physique).

Mère, 51 ans, cuisinière, n'a pas eu de convulsions dans l'enfance. Sa santé générale aurait été délicate : à 8 ans entérite violente qui s'est fréquemment reproduite ; à 12 ans, affection cutanée aiguë. Actuellement elle est robuste, bien portante, sauf qu'elle souffre seulement de *migraines* intenses, son caractère est facilement irritable ; pourtant elle n'a jamais eu de crises nerveuses et, quoique cuisinière, fait un usage très modéré de l'alcool. — (*Famille de la mère*. — Sa mère est morte à 76 ans, asthmatique. — Son père, nerveux, violent, alcoolique, de tempérament arthritique (maux d'estomac, ulcères variqueux), est mort à 79 ans « de vieillesse ». Parmi les autres ascendants maternels, on ne relève aucune tare nerveuse, aucune maladie digne d'être signalée. De même il n'existe dans la parenté collatérale aucun idiot, aucun épileptique, aucune malformation congénitale ; la mère de l'enfant a 3 sœurs vi-

vantes et parfaitement portantes. Dans le reste de la famille, il y aurait eu ni aliénés, ni difformes, etc.)

Pas de consanguinité. — Egalité d'âge.

Cinq enfants : 1^o garçon né à 8 mois et demi, mort en nourrice à 6 mois, d'affection inconnue ; — 2^o fille bien constituée, née à 8 mois et qui est morte de diphtérie à 3 mois ; — 3^o fille née à 8 mois, morte à un mois en nourrice on ne sait de quoi : — 4^o et 5^o, deux *jumeaux*, une fille morte en nourrice à 5 mois et demi avec de l'ictère, l'autre est le malade. — Cette grossesse double n'était pas la première dans la famille maternelle : la sœur de la mère de l'enfant a donné naissance à deux garçons *jumeaux* ; une grand'tante maternelle de l'enfant et une cousine-germaine de la mère ont eu chacune une grossesse double.

Notre malade. — Au moment de la *conception*, les parents ne vivaient plus en bonne intelligence. Ils se sont séparés avant la naissance de l'enfant. — La *grossesse* s'est effectuée dans de bonnes conditions physiologiques, bien que la mère se soit un peu serré le ventre que distendaient outre mesure les deux jumeaux. Elle signale surtout de fréquentes contrariétés dues à des querelles avec son mari. — L'*accouchement*, naturel, a eu lieu vers la fin du huitième mois ; le travail a duré 4 heures, aucun accident ne l'a entravé. — A la *naissance*, les deux enfants n'offraient pas d'asphyxie et n'avaient pas de circulaire du cordon. — Le garçon, cependant plus gros que la fille, ne pesait que deux kilogrammes. — Nourri au sein par sa mère durant un mois, il a été ensuite élevé au biberon (lait de vache) par une nourrice. Il n'aurait jamais eu de convulsions. A 18 mois il commençait à marcher et avait plusieurs dents quand est survenu un accident qui a beaucoup entravé son développement au dire de la mère. Il est tombé dans le feu et a eu le cuir chevelu, l'oreille et la joue du côté gauche fortement brûlés. La suppuration a duré plus de 3 ans et a été longtemps accompagnée de diarrhée. A part cet accident, l'enfant n'a eu d'autre maladie que la rougeole à 5 ans et la

coqueluche aussitôt après. Son développement a été entravé par la suppuration de la plaie de la tête. Il n'a bien marché et bien parlé que vers 3 ans. C'est vers 5 ans seulement que sa mère a remarqué la bizarrerie de son esprit et la faiblesse de son intelligence ; bien que d'un caractère doux et affectueux. il avait des *colères* qui lui faisaient perdre toute raison ; il présentait enfin, à propos d'émotions banales, une agitation inquiétante. Mis dans un pensionnat de frères durant 3 ans, il y a contracté les idées mystiques, qui devaient plus tard s'exagérer. Deux fois il a tenté de s'enfuir, ce que l'on attribue à ce qu'il était toujours brutalisé à cause de la difformité occasionnée par la brûlure et de la gourme. C'est en raison de ce dernier accident que les frères l'auraient rendu à sa famille. Il avait alors 12 ans. Ses tendances religieuses, la bizarrerie de son caractère, son désir de solitude n'ont fait que s'accroître pendant les 3 années qui ont suivi. L'enfant a passé les quatre premiers mois de cette période chez des parents en province près de Belfort et le reste dans un pensionnat de Bretagne, sorte de maison de correction tenue par des frères. — Ses *fugues* devenaient plus fréquentes, ses *colères* plus violentes, sa piété de plus en plus exagérée. Revenu à Paris à 15 ans, sans amélioration, on a tenté de lui faire apprendre plusieurs métiers : tentatives inutiles, l'enfant maladroit et mal disposé cassait tout et ne faisait aucun progrès. La moindre observation de ses parents motivait des colères folles dans lesquelles il menaçait de sauter par la fenêtre ou de tuer sa mère ; il se levait fréquemment la nuit pour rêver et prier, parfois il éclatait de rire. Il avait depuis longtemps formé le projet de devenir le disciple de Jésus-Christ, selon sa propre expression. Pendant les 15 derniers jours de son séjour chez sa mère, sans qu'on eût remarqué de changement dans ses habitudes ni d'augmentation de ses idées religieuses, il se confectionna en cachette une robe de moine avec une couverture ; puis il partit un dimanche matin dans le bois de Clamart. Là, enleva ses vêtements et ses chaussures, revêtit sa robe de

moine, noua une corde autour de ses reins, prit son livre de messe, se cacha dans un buisson et se mit en prière. — Le soir des gendarmes le trouvèrent dans cet état et l'arrêtèrent. — Réclamé et repris par sa mère, il montra une agitation telle qu'il devint dangereux de le garder plus longtemps. Au bout de quatre jours on dut le remettre aux mains de la police qui l'envoya à la préfecture, puis à l'Asile clinique, et enfin à Bicêtre. — Son *sommeil* était bon ; il avait depuis longtemps des *céphalées* durant lesquelles il se frappait le front. Son caractère, en dehors de ses colères terribles, était caressant et bon. — Jamais il n'a eu de véritables crises nerveuses d'aucune sorte. — On attribue son état mental à la *brûlure*.

État actuel (7 juin 1904). — Apparence générale satisfaisante, adipose assez marquée, face colorée. — La peau pigmentée est rude.

Tête. — Les cheveux sont châains, irrégulièrement implantés. — Toute la partie gauche du cuir chevelu, dépourvue de cheveux, est occupée par la cicatrice de la brûlure signalée précédemment et qui a détruit tout le pavillon de l'oreille.

Crâne, peu volumineux, à peu près symétrique. — Fontanelles soudées. — Les bosses pariétales, développées, élargissent le crâne qui, par contre, est assez bas. — Front assez découvert, mesurant 6 cent. de hauteur médiane. — Bosses frontales peu marquées.

La forme générale de la face est triangulaire. — La *cicatrice de la brûlure* descend jusque la région sus-hyoïdienne. Les arcades sourcilières, peu saillantes, sont garnies de sourcils abondants, plus foncés que les cheveux et séparés par un notable écartement sur la ligne médiane. Les fentes palpébrales sont larges et horizontales, les cils longs ; pas de blépharite. — Les *yeux* grands, normaux, jouissent de tous leurs mouvements. L'iris est brun ; les pupilles moyennement dilatées, réagissent à la lumière et à l'accommodation. La *vision* des objets, la perception des couleurs et l'étendue du champ visuel sont absolument normales. — Le *nez* est droit et l'*odorat*

bien développé. — La *bouche* est symétrique et de grandeur moyenne ; les lèvres sont minces. Les diverses parties de la cavité buccale ne présentent aucune anomalie ; les mouvements de la langue sont libres et le *gout* parfait. — Pas de prognathisme. La pommette gauche est un peu plus saillante que la droite. — *Oreille* droite de dimensions moyennes. sans aucune anomalie ; le lobule est un peu adhérent à la gauche.

Le *cou*, assez court, mesure 39 cent. de circonférence. Le corps thyroïde est perceptible.

La *cage thoracique* et l'*abdomen* sont normaux ; l'examen de tous les organes n'offre rien de particulier.

Puberté. — Léger duvet sur la lèvre supérieure ; rien au menton. Thorax glabre. Quelques poils longs autour de la racine de la verge, sur les bourses et au pourtour de l'anus. Verge : longueur, 7 cent. 5 ; circonférence, 8 cent. Le prépuce recouvre le gland ; pas de phimosis. Les testicules, sans aucune anomalie, sont de la grosseur d'une noix.

Les *membres* sont régulièrement conformés et libres dans tous leurs mouvements ; le bras et la jambe du côté gauche sont toutefois beaucoup plus faibles que les membres du côté droit ; les saillies musculaires sont un peu moins marquées. Les ongles ne sont pas rongés.

La *sensibilité* tactile, douloureuse, réflexe et thermique est naturelle.

L'enfant comprend toutes les questions et répond clairement. Son instruction est assez développée. Il accuse des *néoralgies* fréquentes siégeant au-dessus de l'orbite gauche et s'étendant à toute la tête ; quand elles atteignent une certaine intensité il perd la notion de ce qu'il fait. L'enfant déclare lui-même avoir des peurs fréquentes et des accès de colère.

A l'*école*, Henn., se montre studieux et docile. il lit à voix un peu basse, mais avec expression et sans défaut de pronon-

ciation. Il écrit correctement et possède des notions de calcul, d'histoire et de géographie assez étendues.

1894. *Décembre*. — L'enfant s'accuse lui-même d'être taquin, de se mettre continuellement en de violentes colères et demande à être isolé en cellule. — On le met aux douches et à l'huile de foie de morue.

Les progrès à l'école sont nuls ; son assiduité et sa conduite ne laissent rien à désirer, mais il se plonge souvent en des silences et des rêveries dont on le fait difficilement sortir. — Il a gardé ses coutumes de piété, fait sa prière chaque soir, dit son chapelet, lit son livre de messe, porte un scapulaire. Tantôt il se frotte les mains, tantôt il les applique sur ses oreilles comme pour ne pas entendre ce qui se dit afin de s'absorber dans ses idées. Durant les récréations, il s'isole de ses camarades.

1895. 27 *mai*. — L'enfant entre à l'infirmerie avec les symptômes d'une pyrexie au début (fièvre, langue sale, courbature, angine légère). Le 30 mai, on note une *albuminurie* notable.

31 *mai*. — Les signes sont assez nets pour permettre le diagnostic ferme de fièvre typhoïde. La fièvre évolue normalement jusqu'au 14 juin, à noter seulement un délire presque continu. — Dans la nuit du 14 au 15, hémorragie intestinale, chute de la température. — La mort survient le 28 juin à 5 h. du matin.

Autopsie faite le 28 juin (28 heures après le décès). — *Tête*. — *Crâne*. *Cuir chevelu* amaigri. — *Calotte crânienne* mince, peu dure, offrant de nombreuses plaques translucides. — La coupe est exsangue ; elle mesure 4 à 5 millimètres d'épaisseur. Toutes les *sutures*, très apparentes, sont finement dentelées et assez longues sur la face externe. Elles sont très visibles également sur la face interne et présentent de fines dentelures. Nulle part il n'y a le moindre commencement de synostose.

La *dure-mère* n'offre rien de spécial. Les fosses de la base

du crâne paraissent normales et symétriques : peut-être y a-t-il une légère saillie au niveau du temporal gauche. — Les différents organes de la base du cerveau, nerfs, artères, etc., sont normaux, sauf l'artère communicante droite qui est environ moitié plus petite que la gauche. — La *glande pituitaire* est pâle et un peu dure. La *glande pinéale* a la forme d'un poids aplati, de 5 mill. sur 4. — La *pie mère* présente une anémie générale ; elle s'enlève très facilement sur les deux hémisphères ; il n'y a aucune adhérence, même au niveau de la brûlure : en revanche il y a 5 ou 6 adhérences filamenteuses de la pie-mère à la dure-mère au niveau du rocher à gauche et trois plus petites à droite. Aucune lésion macroscopique : les *circonvolutions*, les *sillons*, les *ventricules latéraux*, les *corps striés*, etc. paraissent normaux.

Les *hémisphères cérébelleux*, la *protubérance*, le *bulbe* se décortiquent facilement et sont d'apparence naturelle.

Hémisphère cérébral droit.....	538 gr.
Hémisphère cérébral gauche.....	535 gr.
Poids du cerveau.....	1072 gr.
Hémisphère cérébelleux droit.....	67 gr.
Hémisphère cérébelleux gauche.....	67 gr.
Bulbe et protubérance.....	23 gr.
Cervelet et isthme.....	157 gr.

Examen histologique, par M. Pilliet. — Le *cerveau* a été durci dans le liquide de Müller et s'y trouve depuis déjà quelque temps, aussi est-il devenu très friable, ce qui en rend l'examen difficile. La méthode de l'imprégnation d'argent n'a donné que des dépôts irréguliers, en sorte que nous sommes sans renseignements sur les ramilles protoplasmiques et sur les cylindres d'axe.

Les méthodes ordinaires de coloration par l'hématoxyline avec décoloration subséquentes ont donné les résultats suivants :

1^o *Lobe frontal*. On constate que la couche superficielle de la substance grise est intacte. Il n'y avait donc pas d'adhérences. Les couches sous-jacentes, des petites cellules, des cellules moyennes et des grandes cellules pyramidales de l'écorce grise ne sont pas distinctes les unes des autres. — Elles forment une seule nappe, très riche en éléments cellulaires, comme chez les jeunes animaux. Chacune de ces cellules nerveuses est arrondie, globuleuse, unipolaire et n'a pas encore pris le type pyramidal, leur noyau est très volumineux. Nous avons vu qu'on ne pouvait suivre leurs prolongements. — Les faisceaux descendants qui vont à la substance blanche ne présentent pas de paquets de fibres dégénérées.

2^o *Lobe pariétal*. La surface grise est encore intacte et son épaisseur est normale. Dans l'épaisseur on constate que les vaisseaux sont nombreux, dilatés, entourés d'une gaine adventice, riche en noyaux. Les cellules nerveuses sont pourtant aussi abondantes que dans le lobe frontal et présentent les mêmes caractères de développement incomplet, ce sont des cellules globuleuses ou piriformes comme celles que l'on rencontre chez les très jeunes chiens.

3^o *Lobe occipital*. Son aspect est tout à fait semblable à celui des deux précédents ; cellules globuleuses à protoplasma, clair, vaisseaux nombreux, faisceaux descendants non dégénérés.

En résumé, ce que l'on constate surtout, c'est un *état de non développement des cellules nerveuses* qui, bien que très abondantes, gardent les caractères qu'on leur voit chez les jeunes animaux. Ajoutons qu'elles sont entourées de nombreux vaisseaux — ce qui est encore, du reste, un caractère fœtal.

ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE

CHAPITRE PREMIER

Peut-on établir un rapport de causalité évidente entre la brûlure initiale et la psychopathie consécutive ?

La première question qui se pose, lorsque l'on considère les différentes observations que nous venons de relater, c'est de savoir si l'on peut établir une relation de causalité évidente entre la brûlure initiale et la psychopathie consécutive. Il ne suffit pas, en effet, de constater la succession de ces deux phénomènes pour en conclure que celui qui a précédé est la cause directe de celui qui a suivi. Ce serait, une fois de plus, faire un usage abusif du fameux axiome : « Post hoc ergo propter hoc ».

Rapport de succession n'est pas rapport de causalité. Pour que nous admettions un lien causal entre la brûlure et la psychopathie, il faudra que ces deux faits obéissent à des conditions données. Ces conditions va-

rieront suivant que nous considérerons la brûlure soit comme la cause unique, soit comme la cause accessoire du trouble mental.

Afin que nous puissions affirmer que la brûlure est bien la cause unique de la psychopathie, il faudra que nous ne trouvions dans le passé héréditaire ou personnel du sujet aucune autre cause morbide pouvant produire à elle seule l'aliénation mentale. Dans le cas contraire, en effet, la brûlure ne jouerait plus que le rôle effacé d'une cause accessoire : elle serait seulement l'accident qui a déclenché le processus morbide existant déjà en puissance, et interviendrait alors à la façon d'un accident banal et sans portée particulière. Suivant l'expression de Ball : « L'arme est chargée, le coup veut partir dès qu'on aura pressé la détente. »

On voit donc que, dès le début de ce travail, il nous faut considérer deux cas dans le rapport de causalité que nous voulons établir entre la brûlure et le trouble mental. Ce rapport, en effet, pourra être absolu ou relatif ; absolu, si l'on ne trouve aucune autre cause que la brûlure qui puisse être rendue responsable de l'apparition des troubles psychiques ; relatif, si l'on peut accuser en même temps qu'elle d'autres causes accessoires plus ou moins importantes. Nous étudierons plus loin ce deuxième cas.

Dans ce premier chapitre, nous déterminerons les conditions nécessaires pour que l'on puisse établir un rapport de causalité absolue entre la brûlure et la psychopathie ; nous appliquerons ensuite ces conditions théoriques à la discussion de nos observations.

Pour établir que la brûlure est bien la cause unique du trouble mental, nous avons dit qu'il ne fallait trouver dans le passé héréditaire ou personnel du sujet aucune autre cause morbide pouvant produire à elle seule l'aliénation. Parmi ces causes, les deux principales que l'on devra toujours, en pratique, rechercher avec un grand soin sont : les antécédents névropathiques héréditaires et personnels, et l'alcoolisme.

L'hérédité, « la cause des causes », ainsi que le disait Trélat, devra être fouillée avec un soin tout particulier. C'est elle, en effet, qui, le plus souvent, donnera la clef de la psychopathie constatée. Pour le professeur Joffroy, « l'hérédité est la graine d'où sortent toutes les dégénérescences nerveuses. « Cette recherche devra donc être faite avec minutie ; souvent on pourra se heurter à la mauvaise volonté du sujet, souvent aussi à son ignorance ; il ne faut pas se décourager ; ce n'est que par des questions répétées que l'on pourra le plus souvent arriver à un résultat. Si cela est possible, il faudra interroger les ascendants directs du sujet, les examiner eux-mêmes au point de vue somatique, et remonter aussi loin que possible dans l'histoire névropathique de la famille considérée.

Il faudra également fouiller avec soin la vie antérieure du malade, afin de rechercher jusque dans l'enfance les troubles nerveux qui auraient pu exister.

Une fois éclaircie, cette grande question des antécédents héréditaires et personnels, qui doit être la préoccupation dominante de l'aliéniste à la recherche des causes, il faut penser à une autre cause de plus en

plus fréquente à l'alcoolisme. Celui-ci en effet, joue un rôle excessivement important dans l'étiologie de la folie. Si nous prenons entre autres les données statistiques de M. le professeur Joffroy : il est entré à Sainte-Anne, en 1893-1894, 33 0/0 d'alcooliques. Si, d'autre part, on consulte le graphique de Claude des Vosges, enregistrant les courbes comparées du nombre de cas de folie et de la consommation en alcool par tête d'habitant, on voit ces deux courbes suivre une marche parallèle et s'élever toutes deux vers un maximum.

Le questionnaire sera de peu de secours pour déceler l'abus de l'alcool. Il faudra toutefois procéder avec prudence et mettre en confiance le malade. On aura une opinion plus solidement assise, en examinant directement le sujet. On cherchera s'il est facilement excitable, s'il présente des cauchemars à type particulier, du tremblement des mains, de la langue, des symptômes gastriques, des pituites matinales. Ces signes positifs entraîneront le diagnostic. Il faudra également rechercher l'alcoolisme héréditaire, car il est constant que les fils d'alcoolique présentent une moindre résistance à l'alcool et que des doses, qui chez des sujets normaux seraient sans effet marqué, développent chez eux des symptômes importants. Enfin, il faut noter également ce fait, c'est que la folie crée un manque de résistance marqué aux boissons alcooliques.

Etant donné que nous n'aurons chez notre sujet, ni tare névropathique antérieure, ni alcoolisme marqué, il faudra encore, avant de proclamer la brûlure cause de la psychopathie, que nous puissions établir certaines

relations entre ces deux faits. Il faudra que le laps de temps qui s'est écoulé entre l'accident et le moment où le malade manifeste des troubles psychiques, ne soit pas de trop longue durée. Et surtout, il faudra que pendant cette intervalle, on ait constaté, soit une modification de l'état mental, soit un symptôme physique morbide : de la céphalée, des troubles de la sensibilité, de la motilité ou des organes des sens. Pour apprécier s'il y a exagération de la longueur de cet intervalle, il faudra également tenir compte de la forme et de l'intensité du trouble mental observé. C'est ainsi qu'il serait difficile de mettre sur le compte d'une brûlure complètement guérie depuis quelques mois, un accès de délire passager, tandis que l'on pourrait légitimement admettre cette brûlure comme cause d'une hystéro-neurasthénie traumatique survenant plusieurs mois après.

En résumé, pour que l'on puisse admettre un lien de causalité absolue entre la brûlure et le trouble mental ; il faut que l'on ne trouve chez le malade, ni antécédents nerveux personnels, ni alcoolisme antérieur permettant une autre explication de la psychopathie. Enfin il faut que pendant l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre l'accident et l'éclosion des phénomènes cérébraux, on ait constaté l'existence de signes morbides quelconques permettant d'affirmer que jamais le sujet n'est revenu à l'état de santé parfaite et permettant de relier par une chaîne ininterrompue la cause et l'effet.

Nous allons maintenant appliquer ces règles à la discussion des observations que nous avons recueillies,

afin de voir si, dans ces cas particuliers, on peut considérer la brûlure comme responsable des cas psychiques observés.

Discussion de l'observation I (1).

Dans cette observation, nous avons à examiner le cas suivant :

Un homme, fort bien portant jusque-là, est brûlé, le 18 mars 1898, des pieds à la tête. Quelques jours après, se développe chez lui un délire d'abord nocturne, puis se continuant la journée. Pendant plusieurs jours, il vit absolument dans son délire, sorte de rêve auquel il mêle la réalité. On est obligé de l'isoler pour protéger la tranquillité de ses voisins. Peu à peu, ce délire s'apaise, il continue encore quelque temps pendant la nuit, et fait place pendant le jour à une sorte d'hébétéude, de confusion mentale, de torpeur intellectuelle. Finalement, tout rentre dans l'ordre, et le malade reprend son état d'esprit habituel. Voilà les faits :

Pouvons-nous penser ici que la brûlure a été seulement une occasion chez un sujet à tendances vésaniques ? L'étude de ses antécédents ne nous fournit rien qui puisse étayer une semblable supposition. Son père est mort, à 27 ans, de la variole, sans avoir jamais présenté aucun trouble psychique ; sa mère existe encore, très bien portante, sans avoir jamais eu de troubles

(1) Voir *Thèse de Laurenti, loc. cit.*

nerveux d'aucune sorte. Ses antécédents héréditaires sont donc complètement muets à ce point de vue. Il en est de même de ses antécédents personnels : il a toujours joui d'une excellente santé ; il n'a jamais eu la syphilis. Bon ouvrier, attentif à son travail, il est très attaché à sa famille.

Faut-il penser à une crise de *delirium tremens* survenant à la suite d'un traumatisme chez un alcoolique chronique ? Pas davantage. Le délire alcoolique ressemble beaucoup à celui que nous avons décrit : agitation, insomnie, hallucinations d'abord nocturnes puis diurnes, anesthésie permettant aux malades d'arracher leurs pansements et de se servir des membres fracturés sans souffrir. Mais ici nous ne trouvons aucune trace d'alcoolisme, ni dans les commémoratifs, ni dans les signes somatiques. Bon ouvrier, sobre, jouissant à l'état normal d'un sommeil tranquille, sans cauchemars, on ne trouve chez lui aucun signe d'intoxication alcoolique : pas de tremblement des mains, pas de tremblement de la langue, pas de gastrite, de pituite matinale, etc..... On ne saurait même pas songer à une prédisposition particulière à cette intoxication par suite d'une hérédité chargée, le père du malade n'ayant jamais non plus présenté d'habitudes alcooliques.

Dans le cas dont nous nous occupons, le délire ayant suivi les lésions, la question du temps écoulé entre les deux faits ne se pose même pas.

Afin d'épuiser complètement la discussion, il faut encore éliminer certaines causes particulières à ce cas et qui auraient pu, elles aussi, déterminer le délire.

C'est ainsi que souvent le délire accompagne la fièvre qui suit un grand trauma. Mais ici, justement, la fièvre a été forte surtout les premiers jours. Or, à ce moment précis, le malade est complètement lucide ; on ne constate aucune apparence du délire, qui ne surviendra que plus tard, alors que la fièvre aura déjà décliné.

On pourrait encore penser à un délire d'intoxication dû aux substances employées pour les pansements. Mais on s'est servi seulement d'acide picrique et de la poudre de Lucas-Championnière avec ménagement, et jusqu'ici, dans aucun cas, ces médicaments n'ont déterminé d'accidents toxiques.

Une fois toutes ces causes d'erreur éliminées, nous nous trouvons donc obligés de conclure que la cause du délire est bien l'accident qui l'a précédé, c'est-à-dire la brûlure. En étudiant le mode d'action des brûlures pour la production du délire, nous trouverons du reste une confirmation de notre conclusion dans la forme même du délire observé. Ce délire est en effet analogue au délire toxique, et pour M. le docteur Regis le délire de la brûlure serait un délire d'auto-intoxication.

Discussion de l'observation II.

La discussion détaillée que nous venons de faire de l'observation I nous permettra ici d'être beaucoup plus bref. Car cette observation II présente avec la précé-

dente de nombreux points de ressemblance. Une femme de 52 ans, bien portante jusque-là se brûle les deux jambes avec de l'eau bouillante. Le lendemain, empêchée par ses brûlures elle se casse une jambe, on la transporte à l'hôpital. A ce moment elle présente un délire violent qui nécessite son isolement pour protéger la tranquillité de ses voisins. Pendant quelque temps le délire persiste, présentant nettement le caractère de délire professionnel. On peut du reste obtenir des réponses lucides aux questions qu'on lui pose, mais elle retombe aussitôt dans son rêve. Cet état persiste pendant six jours sans changer de caractère à ce moment survient une pneumonie qui entraîne la mort.

Si nous soumettons cette observation à la même méthode de discussion que celle que nous avons précédemment employée, nous voyons qu'on n'a noté ici, ni tares névropathiques, héréditaires ou personnelles, ni alcoolisme chronique, ni fièvre, ni intoxication d'autre nature. De même ici, la question du temps écoulé entre la brûlure et l'apparition des troubles nerveux ne pose pas.

Par contre deux éléments se trouvent en présence, pouvant tous deux expliquer le trouble mental observé. D'une part la brûlure, d'autre part la fracture. Celle-ci, en effet, par le traumatisme moral et physique qu'elle a causé a parfaitement pu être le point de départ du délire observé. C'est dans ce sens du reste, que Meyssan dans sa thèse a interprété cette observation. Mais peut-être ne convient-il pas d'être aussi exclusif et faut-il rendre à la brûlure sa part légitime dans la genèse des

troubles nerveux. On nous objectera peut-être que cette brûlure a été de peu d'importance, puisqu'elle n'a pas empêché la malade de tenter de reprendre le lendemain sa vie ordinaire. Nous répondrons à ceci que la brûlure était suffisante pour causer un trouble notable, puisqu'elle a été la cause déterminante de la chute qui a causé la fracture. De plus on ne peut, comme nous le verrons, établir aucune relation rigoureuse entre la gravité de la lésion causale et l'intensité des troubles nerveux résultants. Enfin la brûlure paraît avoir été assez étendue et l'on conçoit parfaitement que par le mécanisme de l'auto-intoxication tel que nous l'exposerons plus loin, elle ait pu déterminer le délire que nous avons décrit. Le type de ce délire répond bien en effet à celui des délires d'intoxication.

Discussion de l'observation III.

Cette observation diffère assez des précédentes. Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, qui bien portant jusqu'à il y a deux ans, aurait été à ce moment brûlé fortement en éteignant un commencement d'incendie. L'accident a fait sur lui une forte impression et l'a laissé très affaibli. Les brûlures ont suppuré pendant environ quatre mois, puis se sont guéries. A ce moment le malade est revenu à peu près à son état normal si ce n'est qu'il n'a pas recouvré ses forces ordinaires. Mais bientôt, environ un mois après surviennent dans son

état mental des changements qui frappent son entourage ; il devient sombre, mélancolique, il perd la mémoire, continue à s'amaigrir, les forces physiques n'ont aucune tendance à revenir. Cet état persiste encore deux ans après, sans aucune amélioration.

Suivons pour cette observation le même procédé de discussion. Et d'abord existe-t-il quelque tare névropathique héréditaire ou personnelle qui puisse nous expliquer le développement de la psychopathie constatée ? L'observation mentionne bien un oncle qui aurait été enfermé comme aliéné, mais le fait est contesté et de plus, il ne faut pas lui donner une grande portée, car il s'agit d'hérédité collatérale, et le fait est isolé. La mère paraît tout à fait indemne, le père présente il est vrai des crises d'excitation mais en relation évidente avec l'alcoolisme. Dans le passé du sujet, nous ne trouvons rien ; il est complètement normal jusqu'en 1902 date de l'accident. Sa femme nous atteste que jusqu'à ce moment, il a joui d'un caractère égal et tranquille. C'est seulement après cette époque qu'il a présenté les troubles que nous avons signalé.

On ne peut davantage incriminer l'alcoolisme. Le père, il est vrai, paraît un alcoolique évident. Le sujet a fait dans sa jeunesse quelques excès de boissons ; mais ces excès ont toujours été passagers et de peu de durée. Sa femme nous atteste de sobriété parfaite depuis son mariage. L'examen ne révèle du reste aucun signe d'alcoolisme chronique. On constate il est vrai du tremblement, mais ce tremblement est surtout émotif, à grandes oscillations, rendant quelquefois certains actes

difficiles, il s'exagère et s'apaise par intermittences. Le sujet présente également des cauchemars assez fréquents mais ces cauchemars ne présentent pas le caractère alcoolique ; ils sont en relation directe avec l'accident, c'est cet accident que le malade revit dans ses rêves. De plus ses cauchemars n'existaient pas avant l'incendie et n'ont apparu que dans la suite. Ils cadrent du reste parfaitement avec les autres symptômes morbides dont est affligé le malade.

Dans le cas présent, il est également impossible de penser à d'autres intoxications, on n'a rien noté de particulier dans les antécédents pas même le tabagisme, pas non plus de fièvre typhoïde antérieure.

Mais cette fois, il nous faut discuter la question de l'intervalle écoulé entre la brûlure et la psychopathie, ce n'est que cinq mois en effet après l'accident que s'est produit un changement évident dans l'état mental du sujet. Ce laps de temps paraît bien long à première vue. Mais appliquons à ce cas particulier, les règles générales que nous avons posées au début de ce chapitre.

Et d'abord a-t-on noté une réaction cérébrale au moment même de l'accident ? Oui, le sujet dit avoir ressenti une violente frayeur. Il aurait même eu une crise de nerfs dont nous n'avons pu élucider la nature. Pendant les premiers jours de son séjour à l'hôpital il aurait présenté un espèce de tremblement généralisé et ses suites auraient été troublées de cauchemars continuels.

Ces phénomènes ont-ils disparu pour laisser le sujet

a un moment quelconque dans un état de santé parfaite ? Non, la chaîne morbide est ininterrompue les phénomènes cérébraux se sont apaisés, mais les forces physiques ne sont jamais revenues complètement. Le malade est resté maigre ; de plus, il aurait eu à cette époque de violents maux de tête, lui, qui jusqu'alors n'en avait jamais souffert.

Enfin, si nous considérons le tableau clinique qui se constitue cinq mois après l'accident renforcé par l'examen somatique du malade tel qu'il a été pratiqué ; nous voyons que ce tableau présente un mélange de signes hystéro-neurasthéniques qui peuvent parfaitement reconnaître pour cause l'accident antérieur.

Tout se réunit donc : conditions étiologiques, conditions cliniques, pour nous faire accepter le diagnostic d'hystéro-neurasthénie traumatique. Le seul choc que nous constatons chez le sujet, c'est la brûlure, et, sous ce rapport, elle ne laisse rien à désirer, car elle a produit un choc physique intense, plaies qui ont suppuré pendant quatre mois : un choc physique non moins violent, frayeur, crise nerveuse.

Aussi sommes-nous obligés d'admettre, en définitive, que, dans ce cas, la brûlure est bien cause de la psychopathie consécutive.

Discussion de l'observation IV.

Il s'agit ici d'un enfant qui, ayant joui d'une santé normale jusqu'à l'âge de 18 mois, a été victime d'un

accident à cette époque de sa vie. Tombé dans le feu, il s'est brûlé fortement le cuir chevelu, l'oreille et la joue du côté gauche. Les plaies ont été très lentes à se cicatriser, la suppuration a duré pendant trois ans et a été longtemps accompagnée de diarrhée. Son développement a été très entravé; il n'a marché et parlé qu'à l'âge de 3 ans; à 5 ans, sa mère a remarqué la faiblesse de son intelligence, la bizarrerie de son caractère; il était également enclin à de fréquents accès de colère. A 12 ans, se développèrent chez lui des idées mystiques qui le conduisirent à faire une fugue dans le bois de Clamart, où, s'étant déguisé en moine, il voulait vivre dans la retraite. Outre cette fugue, il en fit encore beaucoup d'autres: on l'envoie alors à Bicêtre. Là, on note la persistance des idées mystiques. L'enfant ne fait aucun progrès à l'école; il vit volontiers solitaire à l'écart de ses camarades. Il a souvent des céphalées très violentes et se met fréquemment dans des colères terribles. A l'âge de 16 ans, présentant toujours le même état mental, il fait une fièvre typhoïde qui entraîne la mort.

Ici, nous ne trouvons rien de bien sérieux à noter dans l'hérédité. Le père de l'enfant était enclin à des colères violentes: il ne fumait pas, n'était pas alcoolique. A noter seulement qu'il s'est séparé à l'amiable de sa femme, après dix ans de mariage, pour incompatibilité d'humeur. Notons aussi que le grand-père paternel de l'enfant était un homme violent. La mère est bien portante, n'est pas alcoolique; mais le grand-père maternel de l'enfant est un alcoolique notoire. Dans

tout le reste de la famille, on ne trouve rien, aucun aliéné, aucun idiot, aucun épileptique, pas de malformations congénitales. En somme, hérédité très peu chargée, banale, et ne permettant pas d'expliquer l'état mental ci-dessus décrit.

Voyons maintenant les antécédents personnels de l'enfant. L'accident s'est produit à 18 mois ; c'est dire que notre examen portera sur une courte période. Cependant, il faudra noter les faits suivants : au moment de la conception, les parents vivent en mauvaise intelligence. Pendant la grossesse, la mère a eu de fréquentes querelles avec son mari. La grossesse est une grossesse gémellaire. L'accouchement s'est fait un mois avant terme ; l'enfant ne pesait que 2 kilogr. En résumé, tout cela est de peu d'importance, bien que certains aient pensé que peut-être on pourrait faire intervenir la gémellité dans l'étiologie de l'idiotie.

En fin de compte, nous nous trouvons devant un enfant normalement constitué, ne présentant rien dans ses antécédents personnels et héréditaires qui puisse faire prévoir les troubles mentaux dont il souffrira plus tard. Nous sommes donc bien obligés de rejeter la responsabilité de ces troubles sur le seul accident important que nous trouvions dans son existence : la brûlure et la suppuration qui s'en est suivie. Les troubles psychiques qu'on a constaté à l'âge de 5 ans sont reliés à la brûlure par une suite ininterrompue de faits. L'enfant est arriéré ; il marche et parle tard, à 3 ans seulement ; il ne se développe pas physiquement, reste toujours chétif ; enfin, à l'exclusion de la brûlure, on ne

rencontre, dans toute son existence, aucune autre cause morbide, si ce n'est la rougeole et la coqueluche qui l'ont atteint à 5 ans. Donc, dans ce dernier cas encore, nous sommes autorisés à dire que nous nous trouvons bien en face de troubles psychiques résultant d'une brûlure antérieure.

Ainsi, la discussion de ces quatre cas très différents l'un de l'autre, nous a permis de reconnaître que tous quatre répondent bien aux conditions que nous avons déterminées plus haut comme nécessaires, et nous nous croyons en droit de répondre à la question que nous avons posée comme titre de ce chapitre :

Oui, on peut établir un rapport de causalité évidente entre la brûlure initiale et la psychose consécutive.

CHAPITRE II

Par quel mécanisme la brûlure agit-elle pour déterminer la psychopathie.

Maintenant que nous avons établi la relation de causalité qui joint la brûlure à la psychopathie, il nous reste à rechercher comment elle a pu agir pour causer cette psychopathie et quels peuvent avoir été les différents modes de son action ?

De nombreux auteurs se sont efforcés d'élucider le mécanisme par lequel les brûlures produisent les accidents généraux qu'elles déterminent, accidents qui peuvent aller jusqu'à entraîner une mort rapide.

Pour *Dupuytren* (1) lorsque la mort survient immédiate et rapide, elle serait due à l'excès des douleurs. Pour *Wilks* (2) la mort serait due au choc subi par le système nerveux. Pour *Billroth* il faut ajouter à cette cause la perte de la perspiration cutanée, l'élimination de certaines substances surtout ammoniacales est ainsi empêchée et il se développe un empoisonnement du sang par rétention de ces matières. Pour *Follin*, il

(1) Dupuytren. Leçons cliniques.

(2) Wilks. Archives générales de médecine, 1861.

s'agirait d'un arrêt subit de la circulation dans les vaisseaux superficiels produisant des congestions sanguines internes, etc...

En fin de compte, si on examine les différentes opinions qui ont été émises par les auteurs pour expliquer l'apparition des accidents généraux consécutifs aux brûlures, on voit qu'on peut schématiquement les répartir sous quatre chefs.

Les uns accusent *l'infection* à laquelle la brûlure ouvre une large porte. D'autres, *l'épuisement* résultant d'une plaie suppurant longtemps longue à se cicatriser. D'autres, *l'auto-intoxication* résultant de l'apparition de ptomaines dans le sang et les différents organes des brûlés. D'autres enfin le *shock nerveux* ressenti au moment de l'accident.

On peut encore restreindre ce nombre, car parmi ces différents mécanismes ; il en est qui, en dernière analyse, présentent le même mode d'action.

C'est ainsi que nous pourrions ramener l'étude de l'infection à celle de l'intoxication. En effet, nous lisons dans le *Traité de pathologie mentale* (1) : « Dans les infections aiguës au cours de la période fébrile, le délire est la conséquence de l'intoxication cérébrale par les toxines microbiennes et les déchets de la nutrition résultant de la fièvre. A la fin ou dans la convalescence de la maladie, on peut observer des états de confusion mentale plus ou moins durables et qui sont sous la dépendance de l'altération plus ou moins grande qu'ont

(1), *Traité de pathologie mentale*. Gilbert Ballet, 1903.

subi les éléments nerveux du fait de l'action directe des microbes, de celle surtout de leurs produits de sécrétion ou des substances toxiques fabriquées en excès et non éliminées au cours de la période aiguë... Quant aux infections chroniques, elles influencent l'intelligence par les intoxications qu'elles provoquent. »

D'après ceci, on voit donc que dans l'*infection* il s'agit seulement d'une intoxication par les poisons bactériens résultant des toxines microbiennes et des toxines cellulaires. Les autres substances toxiques qui peuvent agir sur les centres nerveux, sont d'origine exogène ou endogène. Dans l'étude particulière qui nous occupe, nous n'avons pas à nous intéresser aux poisons d'origine exogène. Nous considérerons donc simplement l'intoxication produite par les poisons endogènes et les poisons bactériens, c'est-à-dire l'auto-intoxication.

Quant à l'*épuisement*, résultant de plaies suppurant trop longtemps, son action paraît également pouvoir se ramener aux précédentes. Il agit, il est vrai, d'abord en affaiblissant l'organisme et en diminuant ainsi sa résistance. Mais il détermine également la production de toxines par suite du mauvais fonctionnement cellulaire d'un organisme dénuourri. Enfin, il ne faut pas non plus perdre de vue la plaie suppurante coexistant le plus souvent et qui produit sans cesse des poisons bactériens.

En fin de compte, nous restons donc pour expliquer la production d'une psychopathie par une brûlure en face de deux mécanismes : d'une part, l'auto-intoxication, d'autre part, le shock nerveux. Nous allons donc étu-

dier maintenant ces deux mécanismes, puis nous verrons s'ils nous permettent d'expliquer nos observations.

La théorie de l'*auto-intoxication* pour expliquer les phénomènes consécutifs aux brûlures, fut émise pour la première fois par *Sokoloff* en 1870, qui montra que les symptômes morbides dus au vernissage étaient ceux d'une auto-intoxication et établit l'analogie de ces phénomènes avec ceux qui étaient dus aux brûlures. *Foa*, *Andakoff*, *Leusser* développèrent cette idée. *Reiss* injectant sous la peau d'une souris, l'urine d'un brûlé produisit des accidents convulsifs suivis rapidement de coma et de mort. *Kianicine*, en 1894, établit la présence d'une ptomaine dans les différents organes, à la suite de brûlures de la peau. Cette ptomaine injectée à des souris, à des lapins; à des chiens, produisit la mort. Il note l'analogie des accidents produits avec ceux du vernissage. *Vassalle et Soecchi* (1) constatent dans les tissus des brûlés, la présence d'une substance vénéneuse analogue à la muscarine. *Lustgarten*, en 1891, constate également l'existence de cette ptomaine et pense que ses effets pourraient être combattues par l'atropine. *Boyer et Guinard* (2) déclarent que les divers phénomènes présentés par les brûlés sont analogues à ceux qui caractérisent les infections graves. Dans les deux cas, il s'agit en effet d'une auto-intoxication de l'organisme. Les lésions diverses que l'on trouve à

(1) Vassalle et Soecchi. *Riforma medica napoli*, 1893.

(2) Boyer et Guinard. Congrès de Lyon, 1894.

l'autopsie : hyperémies, congestions seraient des effets consécutifs à l'infection et à l'intoxication. Ces recherches ont été confirmées par celles *Bettencourt-Rodrigues* et de *Chevalier-Lavaure*.

Etudions maintenant le dernier mécanisme qui nous permette d'expliquer la production de la psychopathie par la brûlure, c'est-à-dire le *shock nerveux*. A chaque pas dans la pathologie les violences sont considérées comme l'une des causes les moins contestables des différentes lésions de l'organisme. Le trauma altère les tissus et constitue un lien de moindre résistance où s'édifiera le processus morbide. Il en est de même au point de vue des psychopathies, et on a décrit un grand nombre de troubles mentaux reconnaissant pour cause unique le traumatisme.

Pour *Charcot* et son école trois éléments sont à considérer ; le traumatisme, l'émotion, la prédisposition. Parmi ces trois facteurs l'émotion est le plus important. *Verneuil* pense que le trauma donnerait lieu à des vibrations plus ou moins fortes troublant l'équilibre de la masse cérébrale. *Van Deventer* insiste sur l'influence du *shock moral*.

Quoiqu'il en soit, on ne peut nier que la brûlure ne puisse agir comme un véritable traumatisme. Elle détermine en effet un traumatisme physique souvent très grave. De plus, par les circonstances fréquemment dramatiques, dans lesquelles elle se produit, elle détermine chez la victime par la profonde émotion qu'elle cause, un traumatisme mental très violent.

Il ne faut pas perdre de vue la grande valeur patho-

génique de ce shock mental qui peut dominer toute la scène morbide et suffire, alors qu'il n'y aurait qu'une lésion physique insignifiante, à déterminer la psychopathie. On a même cité un grand nombre de cas où il l'a causée à lui seul en l'absence de toute lésion. Ce sont ces cas que les Anglais connaissent sous le nom de « fright neurosen », névrose par frayeur, et les Allemands sous le nom de « Schrecklähmungen » paralysies par frayeur.

Enfin, à côté du choc mental brusque, résultant de l'émotion violente ressentie au moment de l'accident : il ne faut pas non plus négliger les chocs moraux répétés qui résulteront quotidiennement chez le sujet de la constatation de sa lésion. C'est ainsi par exemple, qu'il faudra tenir compte chez une femme émotive des regrets intenses que détermineront chez elle la perte de sa beauté par suite de la cicatrisation défectueuse d'une brûlure de la face.

Nous allons maintenant appliquer ces notions à la discussion de nos observations et voir si elles nous permettent d'expliquer tous les cas que nous avons présenté.

Discussion de l'observation I

Dans cette observation, la notion du shock nerveux passe au second plan. En effet, rien ne vient nous prouver qu'il y ait eu choc intense. Au moment de l'accident, ce malade n'a pas perdu connaissance, il a conservé tout son bon sens. Même pendant les cinq ou six

premiers jours, alors que la fièvre était assez forte, il n'a présenté aucun délire, aucun trouble mental. La nuit le sommeil était calme, sans cauchemars, interrompu seulement par des geignements assez fréquents, déterminés par la douleur que causaient les plaies. Ce n'est que le sixième jour après l'accident, qu'est apparu le délire que nous avons décrit. Or, si nous étudions de près ce délire, nous verrons qu'il présente bien le type clinique spécial des délires d'intoxication. C'est ce caractère clinique du délire, qui nous permettra d'affirmer que le mécanisme par lequel la brûlure l'a produit est bien le mécanisme de l'auto-intoxication.

Dès 1893, au Congrès des médecins-aliénistes de la Rochelle et MM. *Régis et Chevalier-Lavaure* ont pu établir que le type clinique du délire d'intoxication était un type bien déterminé, bien spécial, se distinguant complètement du délire vésanique de l'aliéné. Sa principale caractéristique est de se rapprocher de l'état de rêve. Ils le décrivirent sous le nom de délire onirique. Ce délire peut se présenter à plusieurs degrés. Dans un premier degré, il est exclusivement nocturne survient à la tombée de la nuit ; les hallucinations surtout visuelles ont un caractère pénible et même le plus souvent terrifiant. Ce délire est souvent professionnel. Le malade peut, soit assister simplement à son délire, soit le vivre en poussant des cris en faisant des gestes. Mais quelque soit l'intensité des phénomènes délirants, on peut toujours l'en tirer par une interpellation vive ; il répond et retombe aussitôt dans son rêve. Sorti de ce délire, il n'en garde qu'un souvenir confus. Le jour

il est tout à fait lucide ou quelquefois un peu somnolent et hébété.

A un degré plus avancé, le délire apparaît pendant le jour, durant quelques instants. Le malade mêle alors les chimères du rêve aux réalités de la vie. Dans les intervalles il reste l'intelligence obnubilée, hébété, stupide et présente alors le tableau de la confusion mentale.

Enfin, à un degré plus loin, le délire est continu avec exaspération vespérale et nocturne ; le malade vit continuellement dans son rêve, agit comme si c'était la réalité ; il est, en somme, comme un somnambule.

En résumé : les délires toxiques naissent la nuit dans l'état hypnagogique, sont constitués par des associations automatiques et hallucinatoires d'images et de souvenirs antérieurs, et lorsqu'à un degré plus marqué, ils persistent le jour, c'est par une sorte de continuation diurne du rêve délirant qui s'est prolongé après un réveil resté incomplet. Les trois éléments qui dominent leur symptomatologie sont donc : l'état de rêve, la confusion mentale, l'amnésie des faits récents.

Voyons maintenant si le délire observé rentre bien dans cette catégorie :

C'est d'abord un délire nocturne. Les hallucinations visuelles y dominent : ces hallucinations présentent souvent un caractère terrifiant. C'est un délire professionnel : le malade se voit avec ses camarades poussant le charriot. Il vit son rêve ; exécute des actes comme fait le somnambule, parcourt la salle, évite les obstacles, répond aux questions des malades qu'il prend

pour ses compagnons de travail. Il puise aussi le sujet de son rêve dans sa vie passée ; il se voit dans sa famille, cause avec sa femme, discute avec sa belle-mère. Le jour, il conserve une sorte d'hébétude la ravalant à l'état d'un enfant inconscient. Il fait ses besoins partout et ne garde aucun souvenir des actes exécutés pendant son délire.

Il suffit de comparer ces faits tirés de l'observation avec les caractères théoriques que nous avons donné ci-dessus pour conclure : il s'agit bien ici d'un délire d'auto-intoxication.

Il faudrait, pour compléter cette discussion, amener à l'appui de notre opinion des preuves expérimentales de l'intoxication, telles que des troubles digestifs, des troubles circulatoires, des troubles nerveux, comme l'exagération des reflexes, le tremblement, l'inégalité pupillaire, qui sont, pour ainsi dire, les signes physiques décelant l'intoxication de l'organisme. Mais ces signes n'ont pas été relatés dans l'observation que nous avons citée. Tout ce que nous savons, c'est que les urines, peu abondantes pendant le délire, ont augmenté énormément à la fin, provoquant ainsi une espèce de crise. En même temps que cette crise urinaire, il y aurait eu une crise sudorale. Or, ces faits cadrent parfaitement avec l'hypothèse de l'intoxication. Quant à l'analyse des urines, elle a été faite trop tard et ne présente, de ce fait, aucune valeur.

Nous pouvons maintenant essayer d'aller plus loin encore dans notre analyse et nous demander comment la brûlure a pu produire l'auto-intoxication.

L'auto intoxication, admise surtout depuis les travaux de Bouchard, est un empoisonnement de l'organisme résultant de la rupture d'équilibre entre la production des poisons incessamment formés dans l'organisme et leur élimination. Elle peut donc se présenter sous deux formes : soit production exagérée de poisons, soit élimination insuffisante. Ici, les deux formes paraissent se réunir dans une certaine mesure. Nous avons, d'une part, formation des poisons spéciaux dont on a constaté l'existence chez les brûlés, auxquels sont venus s'ajouter les poisons bactériens de la suppuration : d'autre part, élimination insuffisante par insuffisance sudorale et par insuffisance rénale, dont nous avons eu un commencement de preuve dans la diminution de la quantité d'urine chez notre malade.

Discussion de l'observation II.

Cette observation ressemble beaucoup à la précédente ; aussi n'en ferons-nous pas une étude détaillée. Il nous suffira de faire observer que le délire qui y est décrit présente bien le caractère des délires d'intoxication avec état de rêve et confusion mentale. Cependant, dans ce cas, il faudrait faire une part au traumatisme. Nous avons vu, en effet, qu'ici les facteurs étaient multiples et qu'il fallait incriminer la fracture au même titre que la brûlure dans l'étiologie de la psychopathie.

Discussion de l'observation III.

Ici l'intoxication paraît avoir joué un rôle effacé. Cependant, outre l'auto-intoxication due à la brûlure, il y a eu encore les poisons bactériens dus aux plaies qui ont suppuré pendant quatre mois. Malgré cela, le malade n'a présenté que légèrement les signes cliniques de l'intoxication. Il a eu pendant la nuit des cauchemars violents dans lesquels il revit l'accident. Pendant la journée, il est un peu affairé, désorienté, s'intéressant peu à ce qui se passe autour de lui. Mais à aucun moment de la journée il ne présente de délire. Ce tableau cadre assez avec ce que nous avons dit du premier degré du délire d'intoxication. Mais ces phénomènes d'intoxication ne se sont présentés que les premières nuits pour disparaître ensuite. Le malade était complètement guéri en sortant de l'hôpital : ils n'ont donc rien à voir dans la genèse de la névrose qui a été constatée plus tard.

Le shock nerveux, au contraire, a été très intense ; le malade a eu une vive frayeur. Parmi les phénomènes dus au shock il faut distinguer deux groupes : ceux qui se sont produits au début en même temps que les phénomènes d'intoxication, c'est la crise de nerfs dont nous n'avons pu préciser la nature, c'est le tremblement généralisé qui aurait duré quelques jours. Un second groupe de phénomènes est constitué par cette névrose

qui aurait débuté assez subitement environ cinq mois après l'accident. La forme clinique spéciale qu'ont revêtue ces phénomènes morbides, nous permettent en effet d'accuser hautement le shock comme leur ayant donné naissance. Ils constituent en effet une modalité d'un type clinique bien connu décrit sous le nom de *névrose traumatique*.

Les troubles qui constituent la *névrose traumatique* peuvent se produire un certain temps après l'accident. Voici, schématiquement décrits, leurs principaux caractères cliniques.

Troubles de la motilité. — On peut avoir soit du tremblement localisé à la face ou aux membres supérieurs, des paralysies flasques ou avec contracture, des athralgies. Les réflexes suivant les cas sont exagérés ou abolis.

Troubles de la sensibilité. — On observe de l'anesthésie ou de l'hyperesthésie partielle ou généralisée. La sensibilité au froid, au contact, à la douleur disparaît, mais la sensibilité cutanée ou profonde peut rester intacte. Souvent aussi il y a de l'anesthésie du pharynx.

Troubles des organes des sens. — L'odorat est le goût sont d'ordinaire intacts. Du côté de l'ouïe on peut avoir des bourdonnements, des sifflements, de l'hyperacousie ou de la diminution de l'acuité auditive. Les troubles les plus fréquents sont ceux de la vue : on a soit du strabisme, soit de la difficulté d'accommodation, de la diplopie, de l'amblyopie, de la dilatation pupillaire, du rétrécissement du champ visuel.

Enfin, on peut noter de la céphalée intense, continue et des troubles variés du côté des grandes appareils.

Troubles psychiques. — On peut avoir de la dépression cérébrale allant jusqu'à la mélancolie et à l'anxiété, de la diminution de la volonté, voire même de l'aboulie, de l'affaiblissement et même de la perte de la mémoire, des insomnies tenaces, des cauchemars. Ces troubles persistent longtemps avec exacerbations ou atténuations passagères : ils résistent en général à tout traitement.

Si maintenant nous examinons notre observation à la lueur de cette étude, nous verrons que nous y trouvons un grand nombre de caractères superposables aux précédents. Le malade est sombre, mélancolique ; il présente des idées de suicide ; il ne rit jamais, ne s'occupe plus de ses affaires. Il présente de l'impuissance génitale et s'en inquiète outre mesure. Ces troubles ne régressent pas, mais restent stationnaires depuis déjà deux ans. Voilà pour les troubles psychiques. Au point de vue somatique, on trouve de l'hyperesthésie généralisée avec retard de la sensation, de l'anesthésie pharyngée. Les réflexes tendineux sont exagérés ; au contraire, les réflexes cutanés sont abolis. Enfin, on note des bourdonnements d'oreilles et un léger rétrécissement du champ visuel.

En résumé, on a bien ce mélange de signes d'hystérie et de neurasthénie caractéristique de la névrose traumatique. Il faut, il est vrai, faire le diagnostic avec l'hystérie ; on le fera en constatant l'apparition rapide des troubles et surtout l'état mental bien spécial dans

les psychoses traumatiques. On éliminera également la *neurasthénie* en constatant la dépression mentale et l'exagération de symptômes qui sont des signes en faveur de la psychose traumatique. Enfin, l'*hystero-neurasthénie non traumatique* s'en distinguera par les prodromes qui précèdent cette maladie et par l'intensité de la dépression mentale. Mais l'argument majeur en faveur de la psychose traumatique ce sera l'étiologie, la notion du *shock* antérieur.

Il nous reste maintenant à nous demander comment le *shock* observé a pu donner lieu à la psychose. Ici, nous avons deux éléments : d'abord, la frayeur qu'a ressentie la victime au moment de l'accident : ensuite, les chocs répétés qui résultent de la constatation quotidienne que fait le malade de l'impuissance où il se trouve de reprendre son travail. Il est vrai que ce dernier élément n'est pas aussi important qu'on pourrait le croire, étant donné l'état d'esprit particulier du malade.

Diverses opinions ont été émises pour établir le mécanisme suivant lequel agit le *shock*. Pour *Erichsen*, *Erb* et *Leyden*, la cause unique des phénomènes serait l'inflammation de la moelle et de ses enveloppes. S'il existe des troubles cérébraux, c'est que l'inflammation des méninges spinales s'est étendue aux méninges cérébrales. Mais la moelle domine la pathologie de la névrose traumatique. *Leudet* met tout sur le compte de la congestion médullaire. *Bénédikt* prétend qu'il y a un décollement du tissu cellulaire lâche du système nerveux, d'où troubles circulatoires mécaniques. *Vibert*

admet surtout l'action directe du traumatisme sur l'encéphale.

Putmann et Wallon voient dans le traumatisme la cause occasionnelle de l'hystérie. Pour *Russel Reynolds* tous les troubles résulteraient simplement de l'émotion. Il y aurait non pas lésion de la substance nerveuse encéphalique, mais simplement trouble dynamique *sine materia*. En fin de compte, tout se résume aux deux opinions suivantes : Ceux qui, avec Charcot, jugent nécessaire la prédisposition héréditaire et considèrent le trauma seulement comme un agent provocateur. Ceux qui, comme *Grasset* et l'école allemande *Thomsen Oppenheim*, jugent que l'hérédité n'est pas nécessaire et que le trauma est suffisant pour donner la névrose.

A l'appui de ces théories, l'anatomie pathologique reste muette et ne peut apporter aucune autopsie démonstrative. *Seeligmuller* rapporte bien un cas où on aurait trouvé un piqueté hémorragique du cerveau, mais la plupart des auteurs professent qu'il y aurait très probablement dans l'encéphale non des lésions destructives organiques en foyer, mais des lésions dynamiques fonctionnelles *sine materia*, lésions dont les détails échappent à nos investigations.

Discussion de l'observation IV.

Contrairement à ce que nous venons de voir dans la discussion de l'observation précédente, ici le choc men-

tal paraît n'avoir eu aucune importance. Ceci résulte de l'âge du malade. A 18 mois, un enfant ne se rend pas compte des circonstances où il se trouve : il ne s'étonne pas, ne s'émue pas. Sa réaction psychique par rapport aux choses extérieures est à peu près nulle. Il est un peu dans les conditions de ces voyageurs de chemin de fer qui, endormis au moment de la catastrophe, se retrouvent indemnes, tandis que leurs compagnons éveillés, et bien que n'ayant subi comme eux aucun dommage physique, se retrouvent affligés d'une psychose traumatique résultant de l'émotion violente ressentie. Mais, par contre, l'intoxication paraît jouer ici le premier rôle. Outre l'auto-intoxication par les ptomaïnes résultant de la brûlure : il faut faire une large part à l'infection et aux poisons bactériens. On remarquera, en effet, que la brûlure a laissé une large plaie comprenant une partie du cuir chevelu, l'oreille et la joue gauche. Or, cette vaste plaie va suppurer pendant plus de trois ans, déterminant ainsi un vaste foyer infectieux où s'élaboreront sans cesse des toxines qui iront impressionner tout l'organisme. Comme témoin de cette intoxication, nous n'avons pas ici de délire onirique, chez un enfant de cet âge, ce symptôme eût été du reste d'appréciation difficile. Nous avons cependant un signe important de l'empoisonnement dans la diarrhée qui a longtemps accompagné la suppuration. Mais surtout, ce qu'il y a d'important dans cette intoxication, c'est qu'elle va arrêter le développement de l'enfant qui jusqu'ici avait été normal. Elle retarde à la fois le développement physique et le développement mental,

l'enfant ne marche et ne parle que vers 3 ans. A 5 ans la suppuration s'arrête, mais il ne retrouvera jamais l'équilibre organique qu'il a perdu. C'est à cet âge que l'on remarque pour la première fois la faiblesse de son intelligence, l'agitation inquiétante qu'il présente à propos d'émotions banales, les colères insensées qui lui font perdre toute mesure. Ce qui, dans ce cas paraît dominer la scène, c'est l'épuisement de l'organisme résultant de l'infection prolongée. Cet épuisement paraît avoir agi en arrêtant le développement et en l'empêchant d'arriver à sa perfection normale. On en trouvera des preuves nombreuses dans l'autopsie qui a été faite lorsque l'enfant est mort, à l'âge de 16 ans, de la fièvre typhoïde. On constate que dans le cœur le trou de Botal persiste sous la forme d'un petit pertuis situé à la partie antéro-supérieure de la cloison interauriculaire. Mais c'est surtout au niveau du cerveau que nous allons rencontrer de nombreuses malformations histologiques. Au niveau du lobe frontal, les couches sous-jacentes des petites cellules, des cellules moyennes, et des grandes cellules pyramidales de l'écorce grise ne sont pas distinctes les unes des autres. Elles forment une seule nappe très riche en éléments cellulaires comme chez les jeunes animaux. Chacune de ces cellules nerveuses est arrondie, globuleuse, unipolaire et n'a pas encore pris le type pyramidal; leur noyau est très volumineux, on ne peut suivre leurs prolongements. Au milieu du lobe pariétal, les cellules sont aussi abondantes que dans le lobe frontal et présentent les mêmes caractères de développement incomplet; ce sont des

cellules globuleuses ou piriformes comme celles que l'on rencontre chez les très jeunes chiens. Au niveau du lobe occipital même aspect.

En résumé, ce que l'on constate surtout, c'est un état de non développement des cellules nerveuses qui gardent les caractères qu'on leur voit chez les jeunes animaux. Ajoutons qu'elles sont entourées de nombreux vaisseaux ce qui est encore, du reste, un caractère fœtal.

Ici donc l'intoxication résultant au début, de la brûlure, puis de la suppuration de longue durée, enfin du mauvais fonctionnement d'un organisme épuisé, paraît être la cause dernière, qui, en arrêtant le développement intellectuel du sujet, a déterminé l'état mental que l'on peut ainsi résumer : faiblesse de l'intelligence, bizarrerie du caractère, accès de colère, instabilité mentale ; idées mystiques.

Voici maintenant terminée la revue de nos observations ; nous avons vu que dans tous les cas, soit par le mécanisme du shock soit par celui de l'intoxication, nous avons pu expliquer l'action de la brûlure produisant la psychopathie.

Mais certains auteurs, ont voulu encore aller plus loin dans cette simplification. Ils ont prétendu que le shock lui-même n'agissait qu'en déterminant une intoxication. Pour *Lejeans* il est vrai, le traumatisme agirait par voie réflexe, mais pour *Roger* (1) le shock nerveux amène une série d'actes inhibitoires dont un seul semble

(1) Roger. Compte-rendu de l'Académie des Sciences, octobre 1902.

constant ; l'arrêt des échanges entre le sang et les tissus. Le sang veineux devient rouge, la respiration se ralentit, la température baisse de un à deux degrés. Le système nerveux, troublé dans ses fonctions, peut agir de deux façons : soit en augmentant la production des produits toxiques, soit en diminuant les sécrétions internes des organes chargés de les détruire. Que l'une ou l'autre action prédomine, il y a toujours trouble de la nutrition par suite des toxines en excès.

Ainsi comprise, l'intoxication relèverait d'une foule de causes ainsi que *Boyer et Guinard* (1) l'ont exposé. Elle pourrait résulter : soit de la suppression des fonctions cutanées, soit de la formation de substances toxiques dans le sang, soit de troubles de la nutrition des éléments cellulaires dus au shock nerveux, à la douleur excessive, soit aux fermentations nombreuses qui se produisent à la surface de la peau aux dépens des tissus brûlés d'où accumulation des produits toxiques et de déchets favorisée par la fermeture des émonctoires et par l'insuffisance fonctionnelle du foie et du rein.

Dans l'étude des différents mécanismes par lesquels la brûlure peut causer la psychopathie, nous avons laissé de côté un élément : *la chaleur*. Du reste dans les cas que nous avons rapporté cet élément ne paraît pas avoir joué un rôle appréciable, mais on comprend parfaitement que dans certains cas de brûlures son action ne puisse être considérée comme négligeable. Nous

(1) Boyer et Guinard. Congrès de Lyon, 1894.

lisons dans le *Traité de Pathologie générale* (1) que le coup de chaleur détermine parfois la perte de connaissance et qu'il peut laisser après lui un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Au dire de R. Victor (2) des troubles phsychiques plus graves peuvent en être la conséquence, c'est ainsi qu'il serait capable d'occasionner l'agitation maniaque aiguë, plus rarement la mélancolie, la démence aiguë, la stupidité. Ces troubles s'observent assez souvent chez les individus exposés par leurs professions aux températures élevées, chez les boulangers, chez les chauffeurs de navire.

Nous n'avons pas à parler ici de la chaleur solaire, bien qu'elle détermine souvent des brûlures du premier degré ; mais, afin de fixer par un exemple ce que nous avons dit de l'élément chaleur dans l'appréciation des différents facteurs qui entrent en jeu dans l'action des brûlures, nous rapporterons l'observation suivante, citée par *Johann Becholt* (3) :

OBSERVATION V

Coup de chaleur.

Un marin de 34 ans, se grise très souvent ; masturbateur. Coup de chaleur sous une latitude équatoriale. Immédiatement après, inquiétude, puis devient triste, mélancolique, tente de se jeter à l'eau. A Saint-Thomas, il fut examiné par un médecin qui constata un délire mélancolique. Refusé à l'hôpital,

(1) Bouchard. *Traité de pathologie générale*, t. I, p. 629.

(2) R. Victor (Allg. 2. f. Psych. XL, 1 et 2.)

(3) Johann Becholt. *Thèse* de Paris 1896.

il fut emmené en Norwège. Il était taciturne, répondait très difficilement à demi-voix. Chante et prie par intervalles. Sitiophobie ; les pieds et les mains cyanotiques. Il s'améliora après six mois, mais fut interné l'année suivante comme étant devenu dément.

Dans cette observation, il est évident que l'élément chaleur joue un grand rôle, mais il ne faut pas perdre de vue, qu'autant que la brièveté de l'observation le laisse voir, on avait affaire à un alcoolique et à un dégénéré masturbateur.

Un autre élément auquel il faut encore songer dans l'appréciation de certaines brûlures, c'est la *lumière*. C'est peut-être ce dernier élément qui différencie le coup de soleil du coup de chaleur. Nous allons donner une observation de coup de soleil prise également dans la *Thèse* de Bechholm :

OBSERVATION VI

Coup de soleil.

Marin, 22 ans, a eu un coup de soleil à Philadelphie. La nuit suivante, éclata un délire maniaque avec des idées ambitieuses. Pendant la traversée pour l'Europe, on fut obligé de l'enfermer dans une cabine et, dès son arrivée à Bergen, il fut interné dans l'asile. Pendant les premiers temps, il était très excité, sans sommeil, avec des idées mégalomanes. Après un traitement d'environ six mois, il revint peu à peu à lui et quitta l'asile.

Dans cette observation, il faut évidemment faire la part de la chaleur. De plus, on ne nous dit rien de né-

gatif au sujet de l'alcoolisme ou des antécédents névropathiques du malade. Mais R. Victor cite un cas où le coup de soleil paraît avoir été la cause unique des troubles observés et qui revêtaient la physionomie d'accidents mélancoliques. Dans les autres cas, il est vrai, il y aurait eu des prédispositions héréditaires notoires.

Du reste, on comprendra l'importance que, dans certaines circonstances, peuvent revêtir ces deux éléments : chaleur et lumière, puisqu'ils doivent être considérés comme seuls responsables de l'insolation. Or, nous avons vu combien les auteurs, tant anciens que modernes, se sont mis d'accord pour faire de l'insolation une cause importante de psychopathie.

CHAPITRE III

Causes accessoires adjuvantes qui peuvent intervenir dans la genèse de la psychopathie.

Nous nous étions posé dans notre introduction le problème suivant : La brûlure peut-elle causer à elle seule la psychopathie ; ou bien est-il nécessaire qu'il s'adjoigne à elle une cause seconde adjuvante ?

En discutant les observations que nous avons rapportées plus haut, nous avons montré qu'il existait des cas où les causes adjuvantes paraissent jouer un rôle tellement effacé, qu'on peut les considérer comme nulles et regarder la brûlure comme étant la cause suffisante et décisive de la psychopathie observée. Ces cas constitueraient pour ainsi dire les cas vrais évidents, typiques de psychopathie, suite de brûlures par opposition aux cas douteux qui seraient ceux où les causes adjuvantes peuvent revendiquer une certaine part d'action.

Dans ces cas en effet, le rôle de la brûlure peut se réduire de telle sorte qu'elle n'arrive plus, en fin de compte, qu'à être seulement l'occasion cherchée par une psychopathie latente pour se manifester. Ainsi se

pose un des problèmes les plus difficiles de la médecine légale des troubles mentaux consécutifs aux brûlures, car il faut dans ces cas tenir compte à la fois : de la prédisposition morbide du sujet, et de l'importance causale de la brûlure, afin de pouvoir faire une balance aussi exacte que possible entre la responsabilité des deux facteurs.

Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'observations sur lesquelles nous puissions baser cette étude. Il ne s'en suit pas pour cela que ces cas doivent être rares. Bien au contraire, il est logique de penser qu'ils doivent constituer la majorité des cas où un trouble mental quelconque s'établit à la suite d'une brûlure. On conçoit, en effet, que l'auto-intoxication et le shock nerveux résultant de celle-ci, agiront avec d'autant plus de force et d'intensité, qu'ils exerceront leur action sur un terrain présentant une prédisposition morbide antérieure.

Cette rareté d'observations que nous avons déjà expliquée plus haut par ce fait que les brûlés, étant traités dans les services de chirurgie, on n'examine pas leur état mental, s'explique encore plus facilement ici par ce fait que la cause adjuvante dominant toute la scène morbide, la brûlure tend à passer au dernier plan et à n'être pas même mentionnée.

N'ayant aucun fait précis à discuter, nous nous contenterons d'exposer simplement quelles sont les différentes prédispositions morbides du terrain qui peuvent modifier l'action de la brûlure.

La plus importante de toutes les modifications patho-

logiques du terrain est celle qui est due à l'hérédité névropathique. Celle-ci, en effet, doit être considérée comme la cause la plus fréquente de psychopathie. « L'hérédité de l'aliénation mentale, dit *Lucas*, est d'une observation presque aussi ancienne que celle de la maladie. » *Woods Hutchinson* se basant sur la statistique des asiles anglais, américains et allemands admet 26 0/0 de maladies mentales héréditaires. Cette proportion serait beaucoup plus élevée au dire de *Briscoe* qui a donné récemment le chiffre de 90 0/0. Nous avons vu plus haut que lorsque la brûlure se produit sur un terrain héréditairement taré, il est très difficile de lui faire la part qui lui revient dans l'étiologie de la psychopathie. *Koeppé* a montré que chez les héréditaires, un traumatisme crânien léger suffit pour provoquer la folie. « On demeure quelquefois étonné, en voyant combien une lésion insignifiante peut amener de troubles profonds dans l'intellect surtout si on considère le grand nombre de ces mêmes lésions qui passent inaperçues. Il est donc évident que dans les cas mentionnés il s'agit d'une prédisposition spéciale, l'hérédité et la dégénérescence qui prend son point de départ dans le trauma. »

Comme nous avons déjà parlé plus haut de l'hérédité, nous nous contenterons ici de dire de quel côté devra se diriger l'enquête. Il ne faudra pas craindre de remonter jusqu'à l'hérédité ancestrale qui constitue comme le patrimoine cérébral de la famille considérée. Pour la même raison, il faudra également étudier l'hérédité collatérale. Mais surtout il faudra faire une enquête

minutieuse sur le passé mental du père et de la mère du sujet. On se rappellera que d'une manière générale l'état morbide des pères a une tendance à se renforcer chez les enfants, surtout chez les fils : tandis que la mère tend au contraire, quand elle est normale, à contrebalancer les effets de la constitution pathologique du père. On se rappellera également qu'en pathologie mentale l'hérédité similaire est l'exception et que l'hérédité dissemblable est la règle. Par conséquent, il ne faudra pas s'attendre à retrouver chez l'enfant les tares nerveuses constatées chez les ascendants. Enfin, il convient de rapprocher des influences héréditaires qu'on pourrait appeler permanentes, celles qui sont accidentelles ou temporaires. Il n'est pas douteux que l'état dans lequel se trouve passagèrement un des générateurs au moment de la conception puisse influencer sur le produit de cette conception. C'est pourquoi, il faudra chercher à savoir si au moment de la conception, il n'y avait pas pour l'un des conjoints une cause d'ennui, de surmenage, d'épuisement. On tiendra compte également des différents faits qui ont pu accider la grossesse, tels que émotions, frayeurs, maladies de diverse nature.

Nous avons dit plus haut qu'il était très difficile de faire la part de l'hérédité dans la genèse de la psychopathie ; il est cependant certains cas où la forme de cette psychopathie permet de faire le départ. Les anciens auteurs frappés de la multiplicité des formes que revêtaient les délires traumatiques n'avaient pas hésité à conclure à l'existence d'autant de formes de

troubles psychiques qu'il existait de sujets frappés. C'est qu'ils avaient sous les yeux des malades à tare héréditaire réagissant chacun suivant cette tare pour faire : l'un un accès de manie, l'autre de mélancolie d'hypochondrie ou même de paralysie générale. Il est au contraire d'autres formes où l'hérédité ne joue qu'un rôle très accessoire, et où celui des causes déterminantes paraît prépondérant. Tel est le cas de la confusion mentale, du délire onirique dont nous avons rapporté une observation détaillée. Cependant, même dans ces cas qui paraissent aussi typiques que possible, certaines formes avec délire et hallucinations semblent exiger l'intervention d'une prédisposition vésanique. En effet, pour délirer il ne suffit pas d'avoir la fièvre, d'avoir absorbé des boissons alcooliques, d'avoir subi un shock quelconque ; il faut encore que le cerveau soit prédisposé à délirer. Les limites de résistance de l'organe dépendent de l'hérédité et varient avec elle.

On voit par là combien, même dans ces cas relativement simples, le problème est complexe et quels soins il faudra apporter pour lui donner une solution satisfaisante.

Une fois réglée cette question de l'hérédité, il faudra rechercher s'il existe chez le malade des prédispositions morbides acquises. De cet ordre sont les fatigues précoces de tout genre, tel le surmenage physique, intellectuel ou moral. Il faut signaler aussi les maladies infantiles. On a incriminé beaucoup de maladies, mais celle dont l'influence étiologique paraît être le mieux prouvée est la fièvre typhoïde.

Parmi ces tare^s acquises, la plus importante de beaucoup est *l'alcoolisme*. Nous avons vu plus haut ce qu'il fallait en penser. Disons seulement ici que si l'on voulait étudier l'action de ce facteur par rapport à la brûlure et à la psychopathie, il faudrait envisager trois cas : 1^{er} cas, un alcoolique chronique soumis à une brûlure ; 2^e cas, un alcoolique par occasion (ivresse) soumis à la même cause ; 3^e cas, un brûlé devenant alcoolique. — Les observations que nous avons recueillies ne nous ont pas permis de faire cette étude.

Enfin, il faudrait également étudier l'influence de la syphilis qui doit avoir une grande importance, et certaines causes, telles que la masturbation, sur l'influence desquelles on n'est pas bien fixé ; pour celle-ci, par exemple, les uns y voient une cause, les autres un effet de la psychopathie.

Telles sont les causes adjuvantes qui peuvent diminuer plus ou moins, et même annihiler, le rôle de la brûlure dans la production de la psychopathie. Mais, même dans les cas où la brûlure paraît dominer toute l'étiologie du trouble mental observé, il ne faut pas perdre de vue les causes accessoires nombreuses qui, par leur action, contribueront à donner à chaque cas particulier sa physionomie spéciale.

Parmi ces causes accessoires, les unes tiennent au sujet. Celui-ci, en effet, tout en restant normal, peut présenter certaines modalités physiologiques ou sociales qui retentissent sur la psychopathie. Les autres tiennent à la brûlure elle-même, dont il faut considérer

successivement : l'intensité, le point d'application, la nature.

Causes dépendant du sujet. — Tout d'abord, il nous faut noter l'influence de l'âge. On observe peu de psychoses véritables dans l'enfance. Elles sont également peu fréquentes pendant la vieillesse. Dans le cas particulier qui nous occupe, cela tient peut-être à ce que l'enfant et le vieillard se rendent mal, compte du danger couru et subissent, de ce fait, un shock nerveux moins intense que celui de l'adulte. Notons aussi que les psychoses de la vieillesse sont presque constamment explicables par une tare originelle héréditaire.

La femme paraîtrait particulièrement exposée, étant donnée son émotivité spéciale ; mais, d'autre part, son genre de vie la met un peu à l'abri de ces accidents.

Certains états physiologiques, comme la grossesse, l'accouchement, la lactation, et d'autres, comme la puberté, semblent favoriser le développement de certaines affections mentales.

Pour Mickle, le shock cérébral provoque plus facilement un trouble de l'intelligence dans les pays civilisés que chez les sauvages.

On pourrait encore citer beaucoup d'autres causes comme ayant une influence plus ou moins marquée sur le développement des psychopathies.

Causes dépendant de la brûlure. — La façon dont s'est produite la brûlure n'est pas indifférente. Aussi

allons-nous considérersuccessivement l'influence de son intensité, du siège où elle s'est produite, de la nature de l'agent qui l'a causée.

En se plaçant au point de vue de *l'intensité*, il faut dans la brûlure considérer deux choses : d'une part sa profondeur et de l'autre son étendue. Les différents auteurs à la suite de Dupuytren se sont surtout basés sur les degrés de profondeur pour classer les brûlures. Dans les trois premiers degrés, la peau n'est pas complètement détruite, les terminaisons nerveuses mises à nu sont le siège de vives douleurs qui peuvent amener un épuisement du système nerveux. On conçoit que dans ces cas le shock nerveux déterminé par la brûlure puisse être très intense. Au contraire, à partir du quatrième degré, les douleurs sont bien moins vives, les terminaisons nerveuses ayant été complètement détruites. *Gerdy* lui, a essayé de baser une classification des brûlures sur leur étendue qu'il juge être un facteur plus important de leur gravité.

Cela est évident dans le cas qui nous occupe, car plus la brûlure sera étendue plus se manifesteront les phénomènes d'auto-intoxication.

Enfin si la plaie vient à suppurer, les résorptions toxiques se faisant sur de vastes surfaces pourront d'autant plus facilement donner lieu à des accidents ultérieurs.

Mais néanmoins on ne peut établir aucun parallélisme entre l'étendue de la brûlure et la gravité de la psychopathie qui en résulte. Celle-ci en effet n'est pas en raison directe du trauma matériel. Il semblerait plutôt

au contraire que lorsqu'il y a une blessure grave, l'intensité des phénomènes nerveux subséquents soit moins accusée : il y aurait là comme une dérivation de la commotion nerveuse. C'est ainsi que dans la thèse de *Adrien Lecomte* (1), on trouve rapportés plusieurs cas de brûlures très graves des os du crâne et notamment le cas d'un jeune berger qui eut toute la partie supérieure de la calotte crânienne détruite à la suite de brûlure sans que dans un seul de ces cas ont ait vu survenir le moindre trouble mental à la suite de ces traumatismes pourtant si graves.

En second lieu, il nous faut examiner l'influence que peut avoir le siège de la brûlure sur l'apparition et l'évolution des troubles mentaux. A l'heure actuelle, on admet qu'il n'y a aucun rapport à établir entre le siège de la blessure et la localisation des symptômes. Nous avons vu au contraire dans notre chapitre d'historique combien les anciens auteurs avaient insisté sur les blessures de tête dans l'étiologie de la folie. Les cas que nous avons rapporté ne sont pas assez nombreux pour que nous en puissions tirer une conclusion quelconque.

Enfin, il est un dernier élément qu'il nous faudrait étudier. C'est l'influence que peut avoir sur la psychopathie la nature de l'agent qui a produit la brûlure.

Les gaz qui agissent à la fois en dehors et en dedans par inhalation, donnent peut-être des résultats très différents de ceux qui suivent les brûlures produites par

(1) *Adrien Lecomte. Thèse, Paris. 1904.*

les liquides ou par les solides. Outre ces faits ou seul le calorique entre en action il faudrait étudier encore ceux dûs au coup de soleil où la lumière a son action marquée, et ceux totalement différents où l'on a à faire à des brûlures chimiques produites par des acides comme l'acide sulfurique ou par des bases comme la potasse, etc...

Les observations que nous avons recueillies ne nous ont rien appris à ce sujet. Elles sont du reste trop peu nombreuses pour nous permettre de tirer des conclusions. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que étant donné le mécanisme d'action que nous avons attribué à la brûlure c'est-à-dire l'auto-intoxication et le shock nerveux, il est peu probable que la nature de l'agent ait une influence bien décisive.

Mais il est toute une autre classe de brûlures, que nous ne pouvons passer sous silence: ce sont celles dues à la foudre ou à l'électricité industrielle. Ces brûlures, en effet, se présentent sous un aspect très spécial qui les différencie nettement de celles dues à d'autres agents. Nous allons les étudier brièvement.

Carlos Oliveira Néry (1), qui les a bien décrites dans sa thèse, conclut à la fin de son travail que ces brûlures se distinguent par leur indolence qui, pour lui, tiendrait à la façon aseptique dont elles sont produites. En effet, l'étincelle électrique portée à une température excessive, stérilise le champ de la plaie de plus en plus, elle agit avec autant d'intensité à la périphérie

(1) Carlos Oliveira Néry. *Thèse*. Paris, 1895.

qu'au centre. Il dit également que les complications sont rares. Au point de vue qui nous occupe, on comprend, en effet, que la plaie ne suppurant pas, étant le plus souvent peu étendue, l'auto-intoxication soit très réduite. Il ne faut donc pas compter sur ce facteur pour produire une psychopathie ; mais, par contre, la brûlure électrique produit toujours un shock nerveux intense.

Ce shock domine la scène, il peut produire la mort instantanée, comme on l'obtient volontairement en Amérique pour électrocuter les condamnés. Dans ce cas, pour d'Arsonval, la mort surviendrait par excitation des centres nerveux amenant l'arrêt de la respiration et la syncope.

Quelquefois cet état de shock peut être moins marqué et seuls des troubles nerveux sont la conséquence de l'accident. Ces troubles sont le plus souvent analogues à ceux du railway-brain.

Làveran (1) rapporte un cas d'hystérie suite de fulguration ayant affecté un soldat ne présentant aucune prédisposition antérieure.

Nous avons trouvé dans la thèse de Néry (2) l'observation suivante du docteur Donellan, de Philadelphie :

Observation du docteur Donellan. — Medical News, Philadelphia, 1894. — Cas de choc électrique de 1000 volts

Le 20 avril 1894, J. D., 44 ans, réparait les fils cassés d'une compagnie de téléphone. Il toucha l'un d'eux qui croisait un

(1) Làveran. Société médicale des Hôpitaux, 30 octobre 1891.

(2) Néry. *Loc. cit.*

conducteur de lumière électrique et reçut à travers le corps toute la force du courant. Chute et perte de connaissance. Relevé au bout de quelques instants, il fut amené à Saint-Mary, où je le vis une demi-heure après l'accident.

Il était dans un profond coma avec les pupilles largement dilatées, sans réagir à la lumière, respiration stertareuse, face pâle baignée de sueur, vomissements.

Dix minutes plus tard, il entra dans un délire furieux qui exigea les efforts combinés de trois hommes pour le maintenir au lit. Convulsions toniques et cloniques. Respiration type de Cheynes-Stokes. Pouls à 80.

Injection sous-cutanée de morphine jusqu'à cessation des phénomènes d'excitation. Sommeil réparateur de quatre heures, au bout desquelles il se réveille, conscient, mais étonné et se sentant fatigué.

Le malade porte plusieurs brûlures graves distribuées irrégulièrement au dos, sur les jambes et sur les bras. Aucune douleur à leur niveau. Bonne nuit.

Le lendemain, température 37, pouls 72, respiration 18. Le blessé se rappelle fort bien les détails de la veille jusqu'à la commotion. Il dit n'avoir ressenti aucune douleur, et sans la brûlure de la peau, il n'aurait pas su qu'il avait été victime d'un accident.

Dans plusieurs autres observations, on note une excitation nerveuse considérable suivant immédiatement l'accident, mais n'empêchant pas le blessé de se rendre un compte exact de la façon dont celui-ci s'est produit.

L'électricité peut agir de plusieurs manières pour causer des blessures. Sans parler de la foudre, l'électricité industrielle à haute tension, c'est-à-dire dépassant 500 volts, peut produire des brûlures à tous les degrés.

Enfin, la lumière électrique d'une lampe à arc peut donner des brûlures du 1^{er} et même du 2^e degré : c'est le *coup de soleil électrique* décrit par le professeur Terrier.

D'après ce que nous venons de dire, on voit que les accidents nerveux consécutifs aux brûlures électriques doivent être mis sur le compte du shock nerveux qui est maximum, la lésion pouvant être réduite dans ces cas presque à son minimum, et surtout présentant peu de chances d'infection.

Nous avons maintenant terminé notre étude étiologique. Après avoir montré comment la brûlure agit pour donner la psychopathie, nous avons essayé d'établir le rôle des causes accessoires variables qui peuvent intervenir pour l'aider dans son action et quelquefois même la reléguer au second plan. Enfin, nous avons étudié l'influence que peut avoir sur le développement de la psychopathie les différentes modalités du terrain et de l'agent qui a déterminé la brûlure.

Il nous reste maintenant à appliquer les données que ce travail nous a fournies à l'étude des problèmes médico-légaux qui se posent à l'occasion des troubles mentaux consécutifs aux brûlures.

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

Quelle doit être la conduite du praticien, soit au point de vue des accidents du travail, soit au point de vue des affaires d'assurances, soit au point de vue de l'internement des malades ?

Nous avons dit, dans l'introduction de ce travail, que nous ne pourrions envisager notre sujet au point de vue médico-légal avant d'en avoir fait une étude étiologique aussi complète que possible. C'est, en effet, seulement en nous basant sur les données expérimentales fournies par la discussion des observations que nous éviterons l'écueil des conceptions théoriques purement imaginatives, ne cadrant avec aucun fait précis et n'ayant, par là même, nulle portée pratique.

Voici les conclusions qu'il nous semble avoir le droit de tirer de l'étude étiologique que nous venons de faire :

1. On peut établir un lien de causalité plus ou moins évident entre la brûlure et les accidents psychopathiques qui lui succèdent dans certains cas.
2. La brûlure détermine alors la psychopathie, soit

par le shock nerveux, soit par l'intoxication qu'elle produit.

3. Le rapport de causalité ainsi établi peut être absolu ou relatif. Il est absolu, si l'on ne trouve aucune autre cause que la brûlure qui puisse être rendue responsable de l'apparition des troubles psychiques. Il est relatif, si l'on peut accuser en même temps qu'elle d'autres causes adjuvantes.

4. Dans ce dernier cas, il est nécessaire de déterminer, aussi exactement que possible, la part qui revient à la brûlure dans la genèse des troubles psychiques.

C'est, en effet, par cette détermination exacte du rôle de la brûlure que nous pourrons résoudre les différents problèmes médico-légaux qui pourront se poser : soit au point de vue des accidents du travail, soit au point de vue des affaires d'assurances, soit au point de vue de l'internement des malades. Au point de vue des accidents du travail, la responsabilité du patron est en effet engagée dans la mesure même où l'on peut accuser la brûlure d'avoir déterminé la psychopathie. Il en est de même au point de vue de la responsabilité des compagnies d'assurances envers les sinistrés. Quant à l'internement des malades, nous verrons, à la fin de ce chapitre, qu'il y faut surseoir le plus possible. Lorsque le trouble psychopathique reconnaît pour cause une brûlure, il s'agit en effet, le plus souvent, d'un trouble temporaire ne nécessitant nullement l'internement.

On voit donc qu'avant toute autre chose il faudra pour résoudre le problème médico-légal qui se présente, se poser la question suivante : Dans quelle me-

sure la brûlure est-elle cause de la psychopathie? C'est en effet sur la réponse faite à cette question que reposera toute la discussion.

Si la brûlure est la cause unique, décisive du trouble mental, le patron ou la compagnie d'assurances endosseront une responsabilité absolue complète. Si, au contraire, l'action de la brûlure n'a fait que s'ajouter à celle d'autres causes plus ou moins efficaces, leur responsabilité sera limitée, incomplète. Nous allons envisager successivement ces deux cas.

A) Conduite du médecin expert dans le cas où la brûlure est la cause unique, absolue de la psychopathie. — Exemple : cas d'accident du travail.

Il est évident que dans la pratique nous ne verrons jamais ce cas se réaliser au sens strict du mot. Presque toujours, on trouvera, soit dans l'hérédité, soit dans les antécédents personnels du sujet quelque cause morbide pouvant venir en aide à l'action de la brûlure. Malgré cela nous rangerons dans les cas de causalité absolue tous ceux dans lesquels les causes adjuvantes ont joué un rôle si effacé que pratiquement elles sont négligeables. C'est ainsi que dans la discussion des observations que nous avons rapportées, nous avons négligé l'action des causes adjuvantes que nous avons montré être de peu d'importance, pour rejeter sur la brûlure toute la responsabilité des accidents.

Dans ces cas, la conduite du médecin expert est relativement facile. Il n'a relevé ni antécédents névropa-

thiques héréditaires ou personnels, ni alcoolisme, ni aucune autre cause adjuvante. La forme de la psychopathie cadre avec celle que l'on peut attribuer aux psychopathies consécutives aux brûlures. Il ne peut donc conclure autrement qu'à la causalité absolue de la lésion par rapport au trouble mental. C'est conclure par là, même à la responsabilité absolue du patron ou de la Compagnie d'assurances. Il ne lui restera donc plus qu'à évaluer l'étendue de la lésion causée par la brûlure et à fixer le pronostic afin de mesurer ainsi l'incapacité de travail qui en résultera.

Dans les observations que nous avons rapportées, nous n'avons pas de cas qui ait donné lieu à une expertise médico-légale ; mais si on veut bien se reporter à l'observation III, on verra que l'accident qui y est relaté aurait parfaitement pu, dans d'autres conditions donner lieu à un rapport médico-légal. Il aurait suffi simplement que la victime fut brûlée au cours de son travail. Si l'on s'était trouvé dans cette occurrence ; il aurait fallu examiner soigneusement le malade, constater les troubles nerveux que nous avons décrit, établir le rapport de causalité qu'ils présentent avec la brûlure comme nous l'avons fait en discutant cette observation, et montrer que la brûlure seule suffit pour expliquer les troubles observés. De là nous aurions conclu à la responsabilité complète, absolue du patron.

Pour évaluer le dommage causé, il aurait alors fallu établir le pronostic de l'affection. Ici le pronostic est sombre, car si dans certains cas la névrose peut guérir, un de ses caractères ordinaires est sa tenacité. Dans le

cas qui nous occupe : la dépression cérébrale, la perte de forces, le rétrécissement du champ visuel et surtout la notion que les phénomènes n'ont pas rétrocedé, mais au contraire continueraient plutôt à s'aggraver depuis deux ans qu'ils se sont produits, tout cela assombrit le pronostic.

Mais, néanmoins celui-ci n'est pas fatal, aussi l'expert ne devra pas conclure hâtivement. Il lui faudra de nombreux examens avant d'établir son pronostic ferme. S'il s'agit d'un individu incapable de tout travail et chez lequel l'accident a provoqué la névrose sans aucun doute ; après enquête sérieuse il doit demander aux tribunaux de fixer des indemnités provisionnelles jusqu'à ce que son pronostic soit assis. De cette façon pas d'exploitation possible, pas de gros dommages-intérêts à espérer si le malade s'achemine vers la guérison assurée. Le médecin est l'auxiliaire indispensable du magistrat ; grâce à lui on établira l'incapacité vraie et le dommage réel à réparer.

Il faut également que dans ces cas, l'expert ne laisse pas surprendre sa bonne foi par un simulateur. Autrefois, on considérait comme tels, tous ceux qui ne présentaient pas des lésions physiques. A cette heure on admet parfaitement que ce n'est pas parce qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel et non d'une altération de structure qu'on aura à faire à un simulateur ou à un exagérant. Pour dépister la simulation il faudra faire un examen minutieux en se rappelant qu'on rencontre rarement un signe isolé.

B) *Conduite du médecin-expert dans le cas où la brûlure ne peut être considérée que comme une cause relative, adjuvante de la psychopathie. Exemple : Cas d'assurance.*

La conduite du médecin-expert sera beaucoup plus difficile dans les cas complexes où la brûlure n'a joué que le rôle d'une cause adjuvante. Il ne suffira pas, en effet, d'établir qu'elle a été en partie cause de la psychopathie, mais encore il faudra tâcher d'apprécier aussi exactement que possible l'étendue de son action. Ce sera là une tâche délicate. Devant chaque cas en effet, on devra se poser une foule de questions. On pourra se demander par exemple si la psychopathie observée, fonction de causes adjuvantes, se serait jamais produite en l'absence du shock dû à la brûlure?... si la psychopathie en a été aggravée? si son évolution en a été modifiée? etc... Il importera surtout de bien étudier les symptômes névropathiques qui, dans ces cas se présentent le plus souvent comme très complexes. Souvent en effet on pourra dissocier le tableau morbide et en rangeant les symptômes d'après leur nature attribuer les uns à la brûlure, les autres aux causes adjuvantes concomitantes. C'est ainsi que nous avons vu les symptômes de délire onirique, de confusion mentale, signes évidents d'une intoxication pouvoir être rapportés à l'action de la brûlure.

Pour donner un exemple de la façon dont il convient que le médecin-expert se conduise dans ces cas complexes ; nous ne pouvons faire mieux que de donner le rapport suivant, que nous pouvons publier ici grâce à la bienveillance de M. le docteur Dupré. Il s'agit en l'espèce d'une affaire d'assurances.

Affaire Y... contre X...

Consultation médico-légale sur les causes de l'aliénation mentale et de la mort de M. X... rédigée à la demande de la Compagnie Y... par les docteurs Paul Brouardel, membre de l'Institut, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, et Ernest Dupré, professeur agrégé de Psychiatrie, médecin des Hôpitaux de Paris.

L'exposé résumé des faits sur lesquels porte la consultation qui nous est demandée est le suivant :

M. X..., âgé d'environ 58 ans, clerc-chantre et agent d'assurances, se fait, le 18 juin 1902, par suite de la chute d'une lampe à pétrole, une *brûlure grave et étendue* du membre supérieur droit intéressant au deuxième degré les téguments du tiers inférieur du bras, de l'avant-bras et de la main, et au troisième degré ceux du coude où l'aponévrose est dénudée. Un mois après, le docteur Martin constate que la plaie est en voie de *cicatrisation lente mais bonne* et certifie que le blessé ne court *aucun risque dans sa vie* ni dans le rétablissement des fonctions du membre brûlé. Quatre mois après l'accident, vers le 17 octobre, X... présente des *troubles psychiques* (hallucinations, terreurs, fugues, etc.), dont l'aggravation nécessite, le 26 novembre 1902, deux mois après leur début, six mois après la brûlure, *l'internement à l'asile d'aliénés de Z...* Le 28 avril

1903. quatre mois après son internement, huit mois après le traumatisme initial, M. X... mourait d'apoplexie à l'asile d'aliénés.

La question qui nous est posée est la suivante :

« Est il permis, médicalement, de considérer l'accident du 18 juin 1902 comme la *cause directe et exclusive* de l'aliénation mentale dont M. X... a été frappé quatre mois plus tard ; et réciproquement cette aliénation mentale peut-elle être admise comme résultant directement et exclusivement de l'accident, sans l'intervention d'aucune autre cause ? »

Si nous avons dû établir avec précision et dans les conditions ordinaires de la clinique moderne l'histoire médicale détaillée des derniers mois de la vie de M. X..., nous regretterions de manquer ici des renseignements nécessaires pour écrire une observation complète : antécédents héréditaires et personnels du blessé, habitude de vie et d'hygiène, état des organes et notamment du foie, du rein et du système artériel avant et depuis la brûlure : relation précise et détaillée des accidents cérébraux et des causes de la mort du malade à l'asile de Z... Mais notre tâche, en l'espèce beaucoup plus simple, se limite à la solution du *problème étiologique* contenu dans la question suivante : *L'aliénation de M. X... résulte-t-elle directement et exclusivement de l'accident sans l'intervention d'aucune autre cause ?*

Dans ces conditions, nous sommes en mesure, avec les seuls renseignements donnés, d'apporter à la question posée une réponse précise. Ces renseignements nous permettent d'établir *le diagnostic rétrospectif des accidents*. Ceux-ci ont consisté en affaiblissement psychique profond, hallucinations, idées vagues et absurdes de persécution, confusion mentale, accès de terreur et fugues, désordre et violence des actes, agitation incohérente, redoublement nocturne des accidents hallucinatoires délirants et anxieux, aggravation progressive des

troubles qui nécessitent l'internement, et enfin terminaison mortelle de l'affection en quatre mois par un accident ultime à forme apoplectique qui indique la nature organique et le siège cérébral des lésions qui ont déterminé ces symptômes et la mort.

Les énumérations et la relation évolutive de ces accidents psychopathiques autorisent à formuler le diagnostic très probable (nous ne disons pas certain en l'absence d'autopsie), de *démence organique* survenue chez un *homme âgé par lésions cérébrales vasculaires*.

La forme particulière des réactions morbides (hallucinations, confusion, anxiété, agitation avec exagération nocturne des accidents) décèle presque certainement l'existence d'une *intoxication* parmi les *éléments actuels* de l'affection. Dans l'espèce, la plaie encore en activité des *brûlures* représente une *source d'intoxication certaine* et une source d'autant plus nocive que le foie et le rein des gens âgés déjà insuffisants par le fait de l'âge à leur tâche antitoxique sont encore plus suspects de déchéance fonctionnelle chez les sujets dont les artères sont malades.

Voici donc quelles sont, suivant nous, le cas présent, la filiation et la subordination réciproque des accidents.

L'altération antérieure des vaisseaux et du cerveau représente la *cause foncière, primitive fondamentale* de l'*encéphalopathie démentielle et apoplectique* à laquelle a succombé M. X... La plaie des brûlures représente la *cause occasionnelle secondaire épisodique* qui chez un homme âgé au cerveau mal nourri a probablement *avancé l'explosion des accidents et déterminé la forme, certainement*, sous laquelle se sont manifestés ces accidents. La toxi-infection des brûlures, élément d'accélération dans la marche et d'orientation dans le mouvement des accidents est surtout intervenue dans le tableau morbide pour imprimer à la démence un tour et une couleur spécifiques de son influence.

L'involution démentielle subaiguë d'un cerveau déjà compro-

mis dans sa nutrition par l'âge et l'état de ses artères n'est pas née sous l'influence *d'affections intercurrentes très variées*. Dans le cas de M. X..., l'histoire de la maladie et de la mort nous fournit les principaux éléments du *diagnostic différentiel* des *causes fondamentales* et des *causes accessoires* de l'état morbide. La démence et la mort s'expliquent par *l'adulération présénile des artères* et la *rupture* de l'une de celles-ci.

Le *début rapide*, la marche *subaiguë*, les allures *hallucinatoires et délirantes* de cette *démence agitée* s'expliquent par la *toxi-infection partie de la plaie des brûlures*.

Nous aboutissons donc aux *conclusions suivantes* :

M. X... a très probablement succombé à une *encéphalopathie organique dementielle secondaire* à des *lésions vasculaires déjà anciennes*.

Les *brûlures graves* survenues huit mois auparavant et non encore cicatrisées ont, *non pas créé*, mais très probablement *avancé dans son apparition* et *accélééré dans son allure* cette affection dementielle lentement préparée par la désorganisation des artères.

L'insuffisance fonctionnelle des viscères due au mauvais état des vaisseaux et certainement encore aggravée par la toxi-infection des brûlures a multiplié les effets, sur le cerveau, de l'intoxication d'origine tégumentaire, s'est ajoutée par conséquent à celle-ci pour imprimer aux accidents dementiels leur forme délirante et hallucinatoire et précipiter l'évolution fatale de l'ensemble morbide.

De l'ensemble des considérations précédentes, résulte évidemment que les brûlures ont joué un rôle dans l'affection de M. X... (aggravation et orientation des accidents), *mais qu'elles ne peuvent être considérées comme la cause directe et exclusive de l'aliénation mentale et encore moins de la mort du blessé*.

Cas particuliers.

Il nous reste maintenant pour épuiser les problèmes qui se posent au point de vue médico-légal sur les brûlures causes de psychopathies à envisager deux cas particuliers.

C'est premièrement, le cas où une brûlure vient à se produire au cours d'une psychopathie. C'est deuxièmement, le cas où une psychopathie éclate chez un brûlé, très longtemps après la brûlure et sans relation visible avec elle. Dans ces deux cas en effet, il faut se demander si du fait de la brûlure il y aura une modification quelconque de la psychopathie.

Premier cas. — Brûlure au cours d'une psychopathie.

Il vient à se produire une brûlure au cours d'une psychopathie. La question qui se pose c'est de savoir si la psychopathie sera modifiée. Nous avons vu que chez un sujet sain, de graves brûlures peuvent parfaitement survenir sans donner lieu à aucun trouble mental. C'est ainsi que nous avons cité la thèse de Adrien Leconte où sont rapportés des cas très graves de brûlure du crâne sans que pour cela on ait observé le moindre trouble psychique ultérieur. Mais en est-il de même, chez un sujet dont l'équilibre mental est déjà compromis.

Dans certains cas il peut en être ainsi. C'est ainsi que M. le professeur *Joffroy* (1) a rapporté un cas de brûlures profondes chez une mélancolique analgésique sans que les troubles psychiques aient été aggravés du fait de la brûlure.

Voici cette observation résumée

Observation.

Femme âgée de 36 ans, appartenant par sa mère à une famille de névropathes et d'aliénés, est restée bien portante jusque vers la fin de 1898. Elle devient alors, à la suite d'un chagrin de famille, triste, sombre, inquiète. Elle digère mal, dort à peine, et son sommeil est troublé par des cauchemars. Elle reste dans cet état de dépression pendant toute l'année 1899, et c'est seulement en décembre qu'éclatèrent des accidents aigus constitués par un état d'anxiété très vive, par des idées délirantes d'auto-accusation et par des hallucinations de l'ouïe et de la vue : la malade voit apparaître son frère mort depuis un an, etc... Elle présente, en un mot, d'une façon bien nette, l'ensemble des symptômes que nous désignons sous le nom de délire mélancolique.

Le 30 décembre, l'état de la malade s'étant aggravé, on se décide à l'interner. Son excitation était alors si vive que l'intervention des agents fut nécessaire pour la faire monter dans le fiacre.

A peine installée dans la voiture, la malade, en proie à un délire hallucinatoire très actif, entendit la voix de son frère lui commander de se mettre à genoux. Elle obéit et s'agenouilla

(1) Joffroy. *Journal des Praticiens* du 5 juin 1904.

sur la chaufferette placée à l'intérieur de la voiture. Par un malheureux hasard, cette chaufferette était à une température très élevée. Cependant, la malade ne parut pas s'en apercevoir. Une fois à genoux elle se calma, de sorte que son mari qui l'accompagnait, craignant de la voir s'agiter de nouveau, se garda de la déranger et la laissa dans cette posture pendant toute la durée du trajet, soit pendant vingt minutes environ. Elle ne donna, du reste, aucun signe de douleur, et c'est seulement à son arrivée à la préfecture de police que l'on constata aux deux jambes des brûlures étendues et profondes.

Conduite dans le service de la clinique à l'asile Sainte-Anne, la malade ne paraissait éprouver aucune gêne de ses brûlures. Sous l'influence de ses hallucinations, elle se lève, elle arrache les pièces de pansement sans manifester la moindre souffrance. On note du reste, chez elle, une analgésie complète de toute la surface cutanée.

Les eschares tombent au bout de quelques jours. On constate alors aux deux jambes, au-dessous de la rotule, une plaie longue de dix-sept centimètres et large de onze centimètres environ ; le ligament rotulien est à nu, et la partie supérieure du tibia est à découvert sur une étendue d'environ trois centimètres. Cependant la malade montre toujours la même insensibilité et supporte les pansements avec une remarquable indifférence.

Mais, peu de jours après, vers le 15 janvier, se manifestèrent quelques douleurs au moment des pansements. La malade eut quelques plaintes et des contractions de la face. Le lendemain et les jours suivants, les douleurs devinrent plus vives et la sensibilité se réveilla en même temps sur toute la surface cutanée.

En même temps, l'état psychique s'améliorait progressivement, les paroxysmes anxieux avaient presque totalement disparu, les hallucinations étaient moins vives et la malade paraissait moins indifférente à ce qui se passait autour d'elle. L'amélioration a continué bien que lentement. L'anxiété a totalement

disparu. Les hallucinations sont de moins en moins actives. L'état général est meilleur. L'appétit et le sommeil sont en partie revenus. Il existe encore cependant un très léger degré d'hypoalgésie.

Un examen détaillé, en particulier la délimitation du champ visuel, n'a permis de constater chez notre malade aucun signe d'hystérie. Il n'y a donc pas lieu d'invoquer cette névrose pour expliquer l'analgésie, et c'est bien à la mélancolie qu'elle doit être rapportée.

L'examen de cette observation nous montre donc qu'il y a des cas où des brûlures, bien que très graves, survenant au cours d'une psychopathie, n'auront sur cette psychopathie aucune action. Dans le cas ci-dessus, les brûlures en évolution n'ont pas même empêché l'amélioration progressive de la malade. Mais il est évident qu'on ne peut étendre cette conclusion à tous les cas qui peuvent se présenter. Il faut, en effet, tenir compte des causes multiples dépendant soit du sujet, soit de la nature de la psychopathie dont il est affligé, soit même des modalités différentes de la brûlure.

En effet, à côté de cas où la brûlure est restée indifférente, il en est d'autres où elle a modifié l'évolution de la psychopathie. C'est ainsi que cela s'est passé dans l'observation suivante, dont nous pouvons citer un résumé, grâce à l'obligeance de M. le docteur Bienvenu :

Observation.

Il s'agit d'une malade périodique, dont la période excitation et dépression durait assez exactement dix-huit jours. L'inter-

valle des périodes paraissait être assez régulier. A la suite d'une brûlure au bras survenue au début d'une de ses périodes, dans une phase d'excitation, le cycle habituel fut un peu modifié. La dépression arriva quatre jours plus tôt que de coutume, et l'ensemble maladif dura un grand mois. Depuis ce temps, deux nouvelles périodes ont eu lieu, qui, comme avant, ont duré de dix-huit à vingt jours.

Dans ce cas, il semble donc bien que la brûlure ait eu sur la marche de la psychose une mauvaise influence, puisqu'elle a déterminé une prolongation de la période de dépression.

Deuxième cas. — Psychopathie chez un ancien brûlé.

Il nous faut maintenant envisager le deuxième cas particulier dont nous avons parlé, c'est-à-dire le cas où une psychopathie vient à s'établir chez un ancien brûlé. Dans ce cas, en effet, bien qu'on ne puisse établir entre la brûlure et le trouble mental un rapport direct, on peut néanmoins se demander si la brûlure n'a pas causé une prédisposition morbide dont a profité la psychopathie. Nous pouvons appliquer à ce cas ce que certains auteurs ont dit des traumatismes, car nous avons vu que la brûlure pouvait être considérée comme un traumatisme.

Lasègue (1) dit : « Par le traumatisme la virginité cérébrale est perdue et, après de longues années, on voit

(1) Lasègue. Congrès international de médecine.

qu'une cause insignifiante fait éclater un délire. » *Huguenin* (1) cite des cas où une vulnérabilité morale s'est produite. La manière dont le malade sent et pense est comme changée. Il a une hyperesthésie morale, un manque de persévérance dans ses pensées, une réaction morale exagérée contre de petites irritations. Il se trouve à la frontière de la santé et de la maladie. Une cause occasionnelle insignifiante peut l'entraîner dans une maladie mentale.

Malheureusement, nous n'avons pu trouver aucune observation à apporter à l'appui de ces opinions.

Internement des malades atteints de psychopathie suite de brûlure.

Sans cesse, au cours de cette étude, nous avons été obligés de déplorer le manque d'observations qui nous auraient permis d'éclairer par l'étude des faits, certains points spéciaux, ou nous avons été obligés de nous contenter de conjectures. Dans notre premier chapitre, nous avons dit combien la littérature médicale était pauvre en observations de psychopathies consécutives aux brûlures, et cependant ces cas ne sauraient être considérés comme rares. Nous avons fait observer également que cette pénurie d'observations tenait sans doute à ce que les brûlés sont soignés dans les services de chirurgie, où l'on n'a pas pour habitude de s'occuper

(1) *Huguenin. Zimsens. Handbuch.*

de leur état mental. Mais surtout ce qui fait que ces malades sont perdus de vue, c'est qu'aussitôt qu'ils commencent à être gênants pour le service, on les isole dans une salle que l'on visite rarement, ou bien on les envoie indistinctement à l'asile d'aliénés.

Dans une brochure parue en 1903, *Les Délirants dans les hôpitaux*, brochure dont nous allons donner une brève analyse, le docteur Régis s'élève contre cette façon de faire. Il fait remarquer qu'il y a toute une catégorie de malades, parmi lesquels se placent ceux qui victimes d'une infection ou d'une intoxication, ont de la confusion mentale ou du délire ourique, qu'il y aurait avantage à ne pas envoyer à l'asile d'aliénés. En effet, ce faisant, on leur imprime une tare préjudiciable en les plaçant dans un asile spécial pour une maladie transitoire.

A une discussion sur ce sujet qui eut lieu à la Société médicale des Hôpitaux en 1901, M. le docteur Dupré, faisait remarquer que diriger les sujets de ce genre vers un asile d'aliénés, sur un simple certificat constatant qu'ils troublent le repos des salles, constitue : au point de vue légal, une véritable atteinte à la liberté individuelle et au point de vue social, une regrettable coutume très préjudiciable aux intéressés.

Mais alors que faire de ces malades ? Il est évident qu'on ne peut les laisser dans la salle commune où ils troublent le repos des autres hospitalisés et où ils peuvent commettre toutes sortes d'actes dangereux pour eux et pour ceux qui les entourent.

Les mêmes desiderata ont été formulés par nombre

de voix autorisées. C'est ainsi qu'en 1901 la société médicale adopte à l'unanimité le vœu de *M. Le Gendre*. « Que dans chaque hôpital un local soit aménagé spécialement pour l'isolement effectif des agités temporaires ». Ces vœux furent confirmés au Congrès de Limoges.

M. Viallon les formule nettement dans l'*Echo médical de Lyon*. Parmi ses conclusions on peut relever les suivantes :

« Nécessité absolue pour le médecin avant de délivrer un certificat concluant à l'internement, de rechercher si le délire n'est pas provoqué par une maladie aiguë infectieuse.

Redoubler surtout de prudence dans les cas de confusion mentale hallucinatoire, avec agitation nocturne. »

Il demande enfin « Qu'il soit créé en dehors de l'asile, à l'hôpital par exemple, un service d'admission ou seraient retenus tous les délirants fébriles, tous les intoxiqués. On éviterait ainsi à ces malheureux, curables à brève échéance, ou destinés à une mort prochaine, un internement toujours préjudiciable à eux et à leur descendance ».

Cette tendance à l'installation des délirants non vésaniques dans les hôpitaux ordinaires est également en honneur à l'étranger : en Allemagne, en Amérique, en Angleterre, en Suisse où l'on a voulu créer à l'hôpital cantonal de Genève un service de délirants non soumis à la loi sur les aliénés.

L'accord semble rapidement s'établir sur l'urgente

nécessité de cette réforme. Le seul point en discussion est la façon de la réaliser. Le docteur Régis préconise non pas l'hôpital spécial pour délirants qui risquerait vite de revenir peu à peu à l'asile d'aliénés ancien ; mais simplement une salle ou un pavillon spécial annexé à chaque hôpital.

De cette façon, on peut suivre ces malades, les trier, n'envoyer qu'à bon escient dans les asiles les aliénés dont l'internement s'impose et conserver à l'hôpital pour les guérir les délirants simples, en particulier ceux dont le trouble d'esprit est du à l'influence passagère d'une intoxication ou d'une infection.

De plus, il y aurait là un élément précieux pour l'enseignement psychiatrique. Jusqu'ici les aliénistes ont surtout étudié et fait connaître les maladies mentales des asiles. Quant aux psychoses des Hôpitaux, elles ont en grande partie échappé à leurs investigations en raison du milieu hospitalier où elles évoluent. Or, il ne faut pas oublier que tous ces états que nous pouvons réunir dans leur ensemble sous la dénomination de « *délire des Hôpitaux* » sont précisément ceux qui devraient servir de base à l'enseignement clinique parce que ce sont ceux dont la connaissance importe le plus au praticien.

Aussi avons nous vu pendant notre année d'externat à l'Hôtel-Dieu annexe, M. le docteur Dupré conserver ces malades dans son service et ne les évacuer sur un asile que dans le cas de nécessité absolue, afin de permettre à ses élèves de s'instruire dans l'étude de ces cas, étude que l'on ne peut faire nulle part ailleurs,

les asiles étant fermés à l'enseignement. Nous avons constaté à cette occasion, combien il était relativement facile, au moyen de quelques précautions aisément réalisables, de conserver ces déments dans les salles ordinaires sans inconvénient notable pour les autres malades.

Le docteur Régis de Bordeaux a également essayé de combler cette lacune de l'enseignement médical, en adjoignant à son service deux salles d'isolement où les étudiants peuvent faire un stage spécial. Grâce à cette création dit-il : « Nous pourrons à l'épreuve de clinique interne du doctorat, nous assurer en donnant à examiner au candidat un de ces malades, qu'ils savent au moins reconnaître : une paralysie générale, une confusion mentale, un délire toxique, une démence et que lancés le lendemain avec leur diplôme dans la société, ils ne se prononceront pas sur la raison et la liberté de leurs semblables sans savoir au moins ce dont il s'agit.

CONCLUSIONS

I. Les brûlures et les accidents psychopathiques qui leur succèdent dans certains cas, peuvent être reliés par un lien causal plus ou moins évident. La brûlure détermine la psychopathie, soit par le shock nerveux, soit par l'intoxication qu'elle produit.

II. Le rapport de causalité ainsi établi peut être absolu ou relatif. Il est absolu, si l'on ne trouve aucune autre cause que la brûlure qui puisse être rendue responsable de l'apparition des troubles psychiques. Il est relatif, si l'on peut accuser en même temps qu'elle d'autres causes adjuvantes. Dans ce dernier cas, il est nécessaire de déterminer aussi exactement que possible la part qui revient à la brûlure dans la genèse de la psychopathie.

III. C'est seulement par cette détermination exacte du rôle de la brûlure que l'on pourra résoudre, en effet, les différents problèmes médico-légaux qui se posent : soit au point de vue des accidents du travail, soit au point de vue des affaires d'assurances, soit au point de vue de l'internement des malades.

IV. Au point de vue des accidents du travail, la responsabilité du patron pourrait être en effet en-

gagée dans la mesure même où l'on accuserait la brûlure d'avoir déterminé la psychopathie. Il en serait de même au point de vue de la responsabilité des compagnies d'assurances envers les sinistrés ainsi que l'on peut s'en rendre compte en se rapportant à l'exemple que nous avons donné.

V. La rareté des cas médico-légaux de ce genre paraît tenir :

a) A la date récente de la promulgation de la loi sur les accidents du travail (9 avril 1898).

b) A ce que les brûlés sont traités dans les services de chirurgie où l'on examine peu leur état mental et où l'on a l'habitude de les évacuer sur un asile aussitôt qu'ils gênent le repos des salles.

VI. Certains auteurs, pensent qu'interner de tels sujets, et en général tous les malades atteints de délire onirique, dans un asile d'aliénés, sur un simple certificat constatant qu'ils troublent le repos des salles : constitue au point de vue légal, une atteinte à la liberté individuelle et au point de vue social une coutume préjudiciable aux intéressés et à leurs descendants. Dans ces cas, en effet, il s'agit le plus souvent d'une psychose temporaire ne nécessitant pas toujours l'internement.

V Il serait donc à souhaiter qu'on créât dans chaque hôpital un service spécial d'isolement où seraient reçus ces malades et où ils pourraient être mis en observation avant de décider s'il y a vraiment lieu de les diriger sur un asile.

VIII. Une telle façon d'agir serait de plus très avan-

tageuse au point de vue de l'enseignement. Elle permettrait, en effet, aux étudiants de voir ces « psychoses des hôpitaux » qui sont précisément celles qui doivent servir de base à l'enseignement clinique parce que ce sont celles dont la connaissance importe le plus au praticien.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
D. LANDOUZY.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS,
L. LIARD.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)
